Ano 7 nº 1 - janeiro/fevereiro de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Neonatalogia

- Cuidado ao recém-nascido com dor
- Uso da água no trabalho de parto

Educação

- Uso de preservativos
- Prevenção da saúde bucal do idoso

Assistência

- Implante de marcapasso cardíaco
- Crianças com mielomeningocele
- Papilomavírus humano e câncer do colo do útero

Curso de enfermagem

Urgências e Emergências, parte VI
Atendimento à criança vítima de trauma

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 7 nº 2 - março/abril de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Adultos jovens em tratamento de hemodiálise
- Pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV
- Compreensão do processo de luto
- Violência contra a mulher

Neonatologia

- Acompanhante no parto em Maternidade Pública

Terapia domiciliar

- Idoso acamado no contexto familiar

Terapia intensiva

- Humanização e tecnologia

Curso de enfermagem

Saúde Pública, parte I
Evolução da Saúde Coletiva no Brasil

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 7 nº 3 - maio/junho de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Uso do "rebite" entre caminhoneiros
- Viver com fístula faringocutânea

Educação

- Contribuição do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira

Neonatologia

- Colostro para recém-nascidos prematuros
- Tratamento antibiótico de pneumonia aguda em pacientes pediátricos
- Sentimentos dos pais acerca da morte súbita na infância

Curso de enfermagem

Saúde Pública, parte II
Sistemas de informações em saúde

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 7 nº 4 - julho/agosto de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Acolhimento da vítima de violência sexual
- Cuidado ao paciente ostomizado
- Hidrogel no tratamento de queimadura térmica de segundo grau

Terapia domiciliar

- Cuidador no cotidiano da pessoa com tetraplegia

Psicologia

- Consulta de enfermagem na saúde mental
- Vivências expressas acerca da primeira morte de paciente

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 7 nº 5 - setembro/outubro de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Enfermagem na terapia medicamentosa
- Processo de doação de órgãos e tecidos
- Corpo e cuidado do ser mulher
- Espaços ocupados pela enfermeira em sala de emergência

Educação

- Os desafios da saúde do professor
- Notas sobre uma aula de ensino clínico

Epidemiologia

- Doenças inflamatórias intestinais

Geriatria

- Procedimentos cirúrgicos no idoso

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 7 nº 6 - novembro/dezembro de 2008

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Cuidados à criança com deformação corporal
- Consulta de puericultura
- Compreensão de enfermeiras oncológicas frente à morte

Nutrição

- Avaliação de crianças alimentadas com multimistura

Saúde

- Aleitamento materno e os benefícios para redução do câncer de mama

Educação

- Competências gerenciais nas Escolas de Enfermagem
- Avaliação prática do uso do desfibrilador externo automático

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 1 - Janeiro / Fevereiro de 2008

EDITORIAL

O desafio em mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem,
Marcia Galan Perroca 3

ARTIGOS ORIGINAIS

O cuidado de enfermagem ao recém-nascido com dor - assistência humanizada no centro de tratamento intensivo pediátrico,
Erika Ribeiro de Barros, Inês Maria Meneses dos Santos 4

O uso de preservativos nas relações sexuais na cidade de Muriaé MG,
Vânia Maria de Paula Vargas, Jolliet de Assis Lopes, Mônica Irani de Gouveia 11

Protocolos de enfermagem: cuidados aos pacientes submetidos ao implante de marcapasso cardíaco definitivo, Simone Martins Rembold, Eric Leonard Lobo Domingos, Patrocínia Gonçalves Delatorre, Dalmo Valério Machado de Lima, Enéas Rangel Teixeira 17

Caracterização de crianças portadoras de mielomeningocele atendidas em programa de orientação sobre cateterismo intermitente limpo,
Gisele Martins, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler 26

REVISÕES

Papilomavírus humano e câncer do colo do útero - um cuidado com a saúde da mulher, Maria Cristina de Melo, Maria Amália de Lima Cury Cunha, Josete Luzia Leite, Ana Beatriz Azevedo Queiroz 33

Uso da água no trabalho de parto e parto, Amanda Arenas Felice, Mariana Torreglosa Ruiz, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler 38

Prevenção da saúde bucal do idoso: interação paciente - equipe de enfermagem,
Erika Oliveira de Almeida, Amílcar Chagas Freitas Júnior, Rosse Mary Falcón Antenucci, Eulália Maria Martins da Silva 44

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 50

CALENDÁRIO DE EVENTOS 52

CURSO DE ENFERMAGEM

Urgências e Emergências
VI – Atendimento à criança vítima de trauma 53

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Recife: (81) 3444-2083

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
atlantica@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Fisiologia do Exercício, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Hospital das Clínicas de Niterói, Niterói, RJ.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

O desafio em mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem

*Profª. Drª. Marcia Galan Perroca**

O processo de trabalho do enfermeiro pode ser considerado complexo, dinâmico e articulado. Na tentativa de retratar as atividades realizadas na prática profissional, instrumentos para mensuração da carga de trabalho da equipe de enfermagem têm sido construídos em vários países. As diferentes abordagens utilizadas para a coleta de dados têm originado variedade de sistemas. Um dos mais conhecidos é o chamado Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) que consiste na identificação das necessidades de cuidado individualizado dos pacientes agrupando-os em categorias, ou seja, na identificação do perfil assistencial. O SCP tem sido utilizado internacionalmente para instrumentalizar o processo de tomada de decisão referente à alocação quanti/qualitativa de recursos humanos para a assistência de enfermagem.

Nessa abordagem, a carga de trabalho é determinada pelas necessidades cuidativas compreendendo os cuidados diretos e indiretos realizados pela equipe de enfermagem. Um aspecto que precisa ser destacado é a impossibilidade de se quantificar todos os aspectos do cuidar em enfermagem. Por isso, os instrumentos são construídos contemplando as áreas de cuidados mais relevantes.

Muitos enfermeiros ainda não compreendem a importância do uso de instrumentos de classificação e os benefícios advindos de sua aplicação auxiliando a prática profissional. Sua utilização diária ainda é vista por muitos como uma sobrecarga, como mais um formulário a ser preenchido.

Originalmente construído para determinar o grau de complexidade do paciente em relação à enfermagem, o SCP não contempla outras atividades do enfermeiro que consomem tempo para sua realização, tais como atividades gerenciais e de supervisão. Dessa forma, a carga de trabalho da equipe de enfermagem é mensurada apenas de forma parcial. As limitações do instrumento de classificação, contudo, não inviabilizam seu uso. Ele se constitui em um forte aliado para se determinar a complexidade assistencial do paciente, subsidiando a alocação e o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas unidades e favorecendo a argumentação no processo de negociação com a administração. Possibilita, igualmente, o planejamento da assistência e alta, o monitoramento da produtividade, dos custos dos serviços de enfermagem e da qualidade da assistência oferecida. A confiabilidade dos enfermeiros nos dados gerados torna-se essencial para a tomada de decisão gerencial.

Contudo, as atividades realizadas com e para o paciente e família constituem-se apenas em um dos fatores que influenciam a prática profissional de enfermagem. Dessa forma, para espelhar com mais acurácia a real carga de trabalho torna-se necessária a inclusão de outros fatores que também interfiram na sua mensuração.

Um instrumento confiável de mensuração que satisfaça as diferentes áreas de atuação e favoreça a comparabilidade entre unidades e hospitais ainda se constitui em uma meta a ser alcançada. Contudo, torna-se imprescindível que os enfermeiros participem de debates sobre questões referentes ao trabalho de enfermagem e se envolvam na construção e implementação de novos modelos para melhorar a qualidade das informações geradas. A questão desafiante permanece: *Como descrever a natureza da prática profissional do enfermeiro considerando a multimensionalidade de seu trabalho e capturando as atividades realizadas simultaneamente?*

* *Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).*

Artigo original

O cuidado de enfermagem ao recém-nascido com dor - assistência humanizada no centro de tratamento intensivo pediátrico

Erika Ribeiro de Barros*, Inês Maria Meneses dos Santos**

**Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO),*
***Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO)*

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo desenvolvido no Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTIP) de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Objetivou identificar os cuidados de enfermagem utilizados para minimizar a dor nos recém-nascidos (RN); analisar, a partir da percepção da equipe de enfermagem, os fatores que interferem na realização dos cuidados aos RN com dor em um CTIP. Os sujeitos foram 10 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados, em maio de 2006, por meio de entrevista semi-estruturada. Na análise dos dados construiu-se duas categorias: 1) cuidando dos RN com dor; 2) fatores intervenientes no cuidado dos RN com dor. Conclui-se que a equipe é sensível à questão e utiliza medidas de intervenção para amenizar a dor.

Palavras-chave: dor, enfermagem neonatal, cuidado, recém-nascido.

Abstract

The nursing care to the newborn with pain - humanized attendance at pediatric intensive care unit

This descriptive qualitative study was developed in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) of a University Hospital in Rio de Janeiro. The study aims at identifying the nursing care used to decrease the newborn pain; and to analyze the agents who interfere on this care of newborn with pain on PICU from the nursing team perception. The subjects were 10 nursing team members. The data were collected in May 2006 through semi-structured interview. From the data analysis were built two categories: 1) To take care of newborn with pain; 2) Interference agents in care of the newborn with pain. It was concluded that the nursing team is sensible to the question and they make use of interceptive methods to soothe the pain.

Key-words: pain, neonatal nursing, care, newborn.

Artigo recebido em 5 de março de 2007; aceito em 11 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: Inês Maria Meneses dos Santos, Caminho da Covanca, 522, 22735-010 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 3392-0384, E-mail: inesmeneses@gmail.com

Resumen

El cuidado de enfermería al recién nacido con dolor - atención de enfermería en el centro de tratamiento intensivo pediátrico

Se trata de un estudio descriptivo cualitativo desarrollado en el Centro de Tratamiento Intensivo Pediátrico (CTIP) del Hospital Universitario de Rio de Janeiro. El estudio tuvo como objetivos: identificar los cuidados de enfermería utilizados para minimizar el dolor de los recién nacidos; analizar, a partir de la percepción del equipo de enfermería, los factores que intervienen en la realización de los cuidados a los recién nacidos con dolor en un CTIP. Los sujetos fueron 10 profesionales de enfermería. Los datos fueron colectados en Mayo de 2006, a través de entrevista semiestructurada. A partir del análisis de los datos, se construyó dos categorías: 1) cuidando del recién nacido con dolor; 2) factores que intervienen en el cuidado de los recién nacidos con dolor. Se concluye que el equipo es sensible a la cuestión y utilizan medidas de intervención para calmar el dolor.

Palabras-clave: dolor, enfermería neonatal, cuidado, recién nacido.

Introdução

O mito de que os recém-nascidos (RN) são incapazes de sentir dor foi derrubado quando estudos indicaram que as vias nervosas dos neonatos são suficientemente desenvolvidas, e que eles possuem condições anatômicas, neuroquímicas e funcionais para a percepção, integração e resposta de impulsos dolorosos [1].

Até a década de 80, a escassez de pesquisas sobre a dor dos RN permitiu o crescimento de mitos e conceitos errôneos sobre a ausência de dor nos neonatos. Esses mitos e conceitos ainda dificultam a abordagem terapêutica da dor no RN, pois alguns profissionais da saúde ainda acreditam que os RN não possuem sensibilidade ou memória para dor [1,2].

Estudos constataram que, desde a 24ª semana de gestação, o feto já é capaz de perceber a dor, pois nesse período a córtex tem seus neurônios completos, e as percepções sensoriais e cutâneo-mucosas estão presentes. Sendo assim, os lactentes pré-verbais não só percebem a dor como reagem a ela [1]. A Associação Internacional para o Estudo da Dor diz que dor é "uma experiência sensorial desagradável expressa pelo indivíduo, representando uma lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão" [3].

Diferentemente de adultos e crianças maiores, os bebês, no entanto, não respondem aos estímulos dolorosos por meio das palavras. Eles possuem uma linguagem "própria" e alternativa para expressar a dor; e essa linguagem se dá através de parâmetros físicos, metabólicos e comportamentais. Quando os RN sentem dor, eles a demonstram através de dados objetivos como freqüência cardíaca, freqüência respiratória, saturação de oxigênio; e por uma linguagem subjetiva como choro, mímica facial, movimento corporal [1,4].

A dor nos RN é muito difícil de ser percebida, entretanto é imprescindível que seja interpretada, pois, quando não prevenida ou tratada adequadamente, pode causar repercussões orgânicas e emocionais que comprometam o bem-estar do bebê. Sendo assim, compreender a maneira como a dor é produzida e percebida é fundamental para que sejam encontrados mecanismos para seu alívio [4,5].

Como a equipe de enfermagem é o grupo mais próximo aos RN em centros de terapia intensiva (CTI), é necessário que esses profissionais não só compreendam o significado da dor, mas tenham sensibilidade para identificar os seus sinais. Só assim o profissional proporcionará, de maneira eficaz, conforto e minimizará o sofrimento do bebê, evitando futuros comprometimentos ao neonato.

A dor está presente no cotidiano do enfermeiro e a promoção de seu alívio e desconforto faz parte da assistência de enfermagem. São aspectos essenciais do cuidado de enfermagem: evitar o sofrimento desnecessário dos RN e fornecer-lhe alívio efetivo da dor o mais rápido possível [1,5].

Os profissionais de enfermagem devem dominar as habilidades que minimizam a dor para utilizá-las de forma segura e sem causar nenhum dano aos RN. É importante que a equipe de enfermagem esteja motivada para decodificar as reações dos RN a fim de diminuir a dor e o estresse, aliviar a agitação e promover a organização comportamental através de medidas de conforto [1,6].

Neste contexto, o preparo adequado dos enfermeiros é a estratégia essencial para o controle da dor e de seus sintomas [5].

Partindo desta situação problema, tendo como objeto de estudo "o cuidado de enfermagem

ao recém-nascido com dor", esta pesquisa tem por objetivos:

1) identificar os cuidados de enfermagem utilizados para minimizar a dor nos recém-nascidos internados em um CTI pediátrico;
2) analisar, a partir da percepção da equipe de enfermagem, os fatores que interferem na realização dos cuidados aos recém-nascidos com dor em um CTI pediátrico.

A relevância deste estudo é subsidiar a assistência de enfermagem aos RN com dor e permitir seu pleno desenvolvimento e crescimento. Espera-se, desta forma, contribuir para a construção do conhecimento em Enfermagem Neonatal.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no Centro de Terapia Intensiva Pediátrico e Neonatal (CTIP) de um Hospital Universitário, situado na cidade do Rio de Janeiro. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital, através do MEMO CEP/nº 40/2006, conforme as propostas éticas da pesquisa, regulamentadas pelas normas da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas só foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de cada participante [7].

As entrevistas ocorreram no período de 09 a 16 de maio de 2006. Participaram deste estudo, de livre e espontânea vontade, 10 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 03 enfermeiras, 03 técnicos de enfermagem e 04 auxiliares de enfermagem. O tempo de formação variou de 03 a 35 anos. E a variação do tempo de atuação na área neonatal foi de 2 a 12 anos (Quadro I).

Quadro I - Perfil dos profissionais entrevistados.

Entrevistado	Profissão	Tempo de formado (anos)	Tempo de atuação na área neonatal (anos)
01	Enfermeira	06	5,5
02	Aux. Enfermagem	13	11
03	Aux. Enfermagem	08	2,5
04	Aux. Enfermagem	35	07
05	Aux. Enfermagem	16	12
06	Enfermeira	03	02
07	Téc. Enfermagem	10	09
08	Téc. Enfermagem	04	03
09	Téc. Enfermagem	13	11
10	Enfermeira	10	08

A coleta dos dados se deu através de uma entrevista semi-estruturada, técnica que parte de certos questionamentos básicos sustentados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa [8].

A entrevista foi realizada seguindo um roteiro semi-estruturado que continha os dados de identificação da equipe: profissão, tempo de formação e tempo de experiência da área neonatal; a investigação incluiu ainda duas questões abertas: Quais os cuidados de enfermagem realizados ao recém-nascido com dor? Quais os fatores que interferem na realização dos cuidados de enfermagem para minimizar a dor do recém-nascido?

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas. A análise temática foi feita por meio do método de categorização, que é aquele que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si [9].

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados colhidos, foram construídas duas categorias temáticas: cuidando dos recém-nascidos com dor; e fatores intervenientes no cuidado dos recém-nascidos com dor.

Cuidando dos recém-nascidos com dor

Os RN são mais sensíveis à dor que as crianças maiores e muito mais sensíveis que os adultos. Isto ocorre porque os RN possuem capacidade de percebê-la, porém pouca capacidade de inibi-la [10].

A capacitação dos profissionais de enfermagem quanto à prevenção e/ou percepção e alívio da dor dos RN é de extrema importância. No entanto, ao ser questionado sobre os procedimentos que adota diante da dor dos RN internados no CTIP, um dos entrevistados deixou entrever seu despreparo:

> *"Com dor? Sinceramente não sei. Porque a gente não sabe quando ele está com dor. Porque é recém-nascido, né? Você tem que ter o maior cuidado com ele. Dar carinho que é o mais importante, e só. Porque dor mesmo a gente nunca sabe."* (Entrevistado 4)

Felizmente, após seu depoimento, o mesmo entrevistado 4 questionou a pesquisadora e colegas de trabalho sobre quais seriam os sinais de dor dos RN, demonstrando, assim, a vontade de obter

algum conhecimento sobre o assunto e aprimorar seu cuidado.

O cuidado de enfermagem faz parte de um processo de inter-relações entre o cuidador e o paciente, por meio de ações e atitudes de conhecimento científico, acompanhadas em maior ou menor grau de comportamentos que propiciam estas inter-relações. Estes comportamentos têm sido citados como os aspectos afetivos e expressivos [11].

Diante do questionamento de que cuidados de enfermagem eram utilizados para minimizar a dor dos RN, todos os pesquisados mencionaram um cuidado humanizado: a intervenção terapêutica não medicamentosa.

Constatou-se que boa parte dos entrevistados citou cuidados humanos (tais como o acalento, sucção não-nutritiva, mínimo manuseio dos RN, uso de glicose oral, conforto do neonato, etc) como métodos que minimizam a dor dos bebês, sem reconhecer que se tratava de uma assistência de enfermagem humanizada.

Cuidar dos RN com dor e que reage aos procedimentos, proporciona à equipe de enfermagem um agir que nos remete à chamada humanização. Esta última pode ser descrita como uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais [1,10].

Utilizando um conceito mais amplo, humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer um tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital [12].

O depoimento aqui reproduzido demonstra que o cuidado priorizado pela equipe de enfermagem para diminuir a dor dos RN é o humanizado:

> *"(...) um paciente que está com acesso profundo na região jugular, o que tem muito aqui, jugular externo, às vezes a dor dele é mais postural porque o pescoço é pequenininho, curtinho... e a gente não pode mexer muito porque pode correr o risco de perder aquele cateter. Então a gente procura dar o conforto na postura dessa criança.. mexer pouco, administrar analgésico se necessário, observar temperatura e respiração dessa criança..."* (Entrevistado 6)

Este depoimento indica ainda a assistência de enfermagem humanizada prestada aos RN com dor, já que a terapêutica medicamentosa aparece como um tratamento realizado em último caso; quando os cuidados não farmacológicos não são suficientes para amenizar a dor do RN.

Os entrevistados, em sua maioria, citaram o ato da administração de fármacos como um cuidado de enfermagem, mas deixaram claro que a prescrição dos medicamentos não cabia a eles e sim aos médicos. O cuidado de enfermagem e a atuação médica em relação à terapêutica medicamentosa foram, assim, diferenciados pelos entrevistados. O depoimento subseqüente ilustra bem essa distinção:

> *"Quando a dor é muito grande e no pós-operatório, a gente identifica e comunica o médico para que seja prescrita alguma medicação... um fentanil ou alguma coisa. Isso já não cabe a gente... a prescrição."* (Entrevistado 1)

Christoffel [1] fundamenta essa postura quando se refere ao médico como o profissional que prescreve o analgésico quando a equipe de enfermagem realiza intervenções que necessitam da administração desses fármacos.

Com relação aos métodos não medicamentosos que aliviam a dor dos neonatos, alguns entrevistados relataram a utilização da sucção não nutritiva como um cuidado de enfermagem eficaz para minimizar a dor nos RN.

> *"Dependendo do procedimento... se for um procedimento que causa dor normalmente a gente tenta fazer um aconchego, segurar a mão do RN, passar segurança às vezes diminui a dor. Colocar o dedo na boca e fazer sucção não nutritiva."* (Entrevistado 10)

O Consenso Internacional sobre o Manejo dos Procedimentos Dolorosos *apud* Christoffel [1] e Calazans & Kraychette [13] criou um guia para o tratamento e prevenção da dor neonatal, por meio de medidas humanas. Um dos procedimentos incluídos neste guia está o emprego da sucção não nutritiva, bom método a ser utilizado para acalmar e minimizar a dor dos RN durante estímulos dolorosos. Esse método inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica e emocional dos RN após o estímulo agressor.

O uso de glicose por via oral também foi muito mencionado como um método de alívio da dor no neonato.

> *"Normalmente quando o RN está com dor a gente acalenta. Tenta acalentar. O uso de SG à 10%. Você pinga algumas gotinhas na boca da criança. Também ajuda a acalentar a criança.."* (Entrevistado 1)

O uso de glicose por via oral no momento da realização de coleta sanguínea, da injeção subcutânea ou da imunização pode suavizar a expressão facial de dor e diminuir o tempo de choro. Entretanto, ainda não há dados concretos que comprovem a eficácia deste método. Novos estudos são necessários a fim de que sejam estabelecidas doses e concentrações ideais para sua administração [13].

Outro cuidado de enfermagem citado, apesar de não ter tido muito destaque, foi a diminuição dos ruídos do ambiente. O CTI é um ambiente extremamente barulhento devido à ampla quantidade de aparelhos e monitores. No caso do CTIP em questão, há também um grande número de profissionais de saúde atuando. Este ambiente repleto de ruídos dá origem a estímulos estressores ao RN, como mostra o relato a seguir:

> *"(...) diminuir o ruído se for possível porque CTIP é um lugar bem barulhento e isso estressa a criança causando mais dor".* (Entrevistado 6)

Os níveis de barulho podem atingir o delicado sistema auditivo dos RN, assim como intervir em seu sono e repouso, levando-o à fadiga, agitação, irritabilidade e choro. Essas alterações provocam possíveis conseqüências de ordem física e emocional aos RN. A ação de diminuir os estímulos externos do ambiente, promovido pelo entrevistado para aliviar o estresse e a dor do bebê, está de acordo com a teoria de enfermagem de Florence Nightingale, segundo quem as enfermeiras deveriam atuar enfocando os aspectos físicos, psicológicos e sociais do ambiente que poderiam interferir no cuidado prestado ao paciente" [1,14].

O ruído como interferência no cuidado/conforto tem um peso muito grande no bem estar dos RN, mas este não foi muito mencionado pelos entrevistados. Durante a realização das entrevistas, no entanto, observou-se que alguns profissionais tentavam diminuir os estímulos externos durante seu trabalho. Isso demonstra que apesar de não considerar esse aspecto como um cuidado de enfermagem capaz de amenizar o estresse e a dor dos RN, o profissional é sensível ao problema e adota o procedimento sem se dar conta que se trata da assistência de enfermagem.

O conforto, o mínimo manuseio, o acalento, o aconchego, as compressas úmidas, a delicadeza e a utilização de técnicas corretas, durante procedimentos dolorosos, também foram mencionados nas entrevistas, como cuidados de enfermagem capazes de diminuir a dor dos RN. Esses tratamentos, não medicamentosos e mais humanos, ainda são pouco utilizados pelos profissionais de saúde, mas são muito eficazes no controle da dor dos neonatos [6].

Fatores intervenientes do cuidado de enfermagem aos recém-nascidos com dor

Em relação aos fatores que interferem na realização dos cuidados de enfermagem para minimizar a dor dos RN, podemos citar o acúmulo de trabalho e a falta de materiais e medicações na unidade como os dois pontos mais mencionados durante a entrevista, conforme indicam os relatos a seguir reproduzidos:

> *"Geralmente... às vezes o enfermeiro está muito ocupado".* (Entrevistado 1)

> *"Acúmulo de serviço, você não tem material pra você trabalhar com as crianças"* (Entrevistado 2)

> *"Sinceramente falta de material. É o principal, e atrapalha muito a gente aqui. Às vezes a gente até quer fazer alguma coisa, mas não pode. (...) A gente tem que ficar se virando."* (Entrevistado 3)

A sobrecarga de trabalho e a distribuição de leitos para cada membro da equipe eliminam o espaço para o cuidado estético. Esse ambiente se torna estressante para os próprios profissionais, e, assim, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem para minimizar a dor dos neonatos têm pouca eficácia.

A falta de materiais e medicações necessárias a um atendimento perfeito na instituição é uma triste realidade nos serviços públicos no Rio de Janeiro e no resto do Brasil. Essa carência com

certeza interfere negativamente na qualidade do cuidado prestado.

O ambiente de um CTIP nem sempre facilita a minimização da dor dos RN que necessitam de cuidados intensivos. É necessário que as tarefas do setor sejam divididas adequadamente e que haja suprimento mínimo de materiais e medicações. Só assim, a assistência prestada aos neonatos será apropriada.

Outro fator que, segundo os entrevistados, interfere bastante em seus cuidados, é o excessivo manuseio dos RN no CTIP. Os depoimentos abaixo ilustram duas situações deste tipo que dificultam uma melhor assistência:

> *"Aqui é complicado porque a gente tem um corpo de profissionais muito grande (...) então a gente preconiza o mínimo manuseio, mas toda hora tem alguém ali mexendo na criança. (...) aí você mexe a criança, pretende fazer tudo em blocos (...) mas aí daqui a pouco vem outra pessoa e mexe naquela criança de novo. Ou seja, quando ela está começando a acalmar, a saturação está estabilizando e a dor está diminuindo alguém vai lá e mexe."* (Entrevistado 6)

> *"Eu acho que é o próprio fato de você manipular o recém-nascido. Porque você tenta proporcionar o bem-estar, o conforto dele, mas até isso acontecer você acaba provocando mais dor nele. Quando você vai trocar de posição, puncionar um acesso... Eu acho que é o fato de você manipular continuamente."* (Entrevistado 9)

O manuseio excessivo dos RN é um fator que prejudica muito o cuidado e o alívio da dor dos RN. Os cuidados de enfermagem devem ser agrupados e planejados para que as reações de dor e estresse dos RN sejam minimizadas [1].

É fato que ambientes com elevado número de profissionais fica difícil evitar o manuseio excessivo. Creio, então, que cabe ao enfermeiro informar aos demais profissionais da unidade a situação dos RN e o que deve ser feito para amenizar sua dor. Um bom diálogo pode conscientizar e humanizar as outras equipes evitando, assim, que isso interfira na assistência de enfermagem.

O fato de ainda haver profissionais de enfermagem que não acreditem e não compreendem a dor dos RN também foi mencionado durante as entrevistas. Possivelmente o principal fator que interfere no cuidado, esse despreparo requer extrema atenção da instituição e dos demais profissionais de saúde.

> *"Eu já fui treinada pra questão de observação de dor, mas tem enfermeiros que não conseguem identificar a dor. Não sabe se a criança está chorando por dor ou porque está com fome(...)"* (Entrevistado 1)

> *"Eu acho que muitas vezes é a parceria. Porque tem pessoas que não acreditam na dor do RN (...) Então muitas vezes é a própria estrutura mesmo do serviço que interfere."* (Entrevistado 10)

É essencial, portanto, que a equipe de saúde tenha o domínio do conhecimento técnico-científico para obter um desempenho seguro e competente à luz do saber que domina. Dessa maneira, a percepção e a compreensão da dor do RN, por parte da equipe de enfermagem, favorecerá a prática da assistência adequada, permitindo, assim, que os bebês superem os procedimentos necessários para a sua sobrevida da maneira mais confortável possível [1,2].

Conclusão

Constatou-se ao longo desta pesquisa que na unidade estudada, o tratamento/atenção da dor dos RN faz parte do cotidiano da assistência de enfermagem. Os resultados deste estudo demonstraram assim, que a equipe de enfermagem do CTIP é sensível à questão e pode proporcionar cuidados humanos aos RN com dor. A valorização da dor é importante para a humanização da assistência, além de promover o planejamento das intervenções de enfermagem a serem realizadas [15].

Apesar de muitos dos entrevistados mostrarem conhecimento sobre a identificação e o controle da dor nos neonatos, durante o estudo aqui apresentado constatou-se que ainda existem profissionais de saúde que desconhecem os sinais de expressão e reação da dor dos RN. É imprescindível que esta lacuna existente na instituição seja suprida com o de treinamento de toda a equipe que atua diretamente com os RN. Palestras sobre o reconhecimento e

tratamento da dor e protocolos que orientem os profissionais sobre o controle da dor neonatal devem ser disponibilizadas aos profissionais. Essas práticas seguramente contribuirão com o bom crescimento e desenvolvimento dos RN.

O processo de humanização exige quase sempre mudanças de atitudes, muitas vezes consideradas simples, e que devem ser incorporadas nas rotinas das unidades neonatais. A humanização do cuidado faz parte da assistência de enfermagem. É necessário, assim, que os serviços promovam atividades focadas na correta interpretação e no alívio da dor nos RN. Sabe-se que a promoção de boas condições de trabalho e a produção de subsídios, como este artigo, podem contribuir para sedimentar o manejo da dor pela terapia não farmacológica. Afinal, estes são os principais pontos que podem humanizar a assistência de enfermagem aos RN.

Referências

1. Christoffel MM. O mundo imaginal da equipe de enfermagem frente as reações do recém-nascido submetido a um procedimento dolorosa na UTIN [tese]. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2002.
2. Leão T. Novos rumos da estimulação e tratamento precoce. Jornal da Pestalozzi no. 100. [periódico online] 2006. [citado 2006 Aug 06]. [3 telas]. Disponível em URL: http://www.pestalozzi.org.br/aspx/jornal_zoom.aspx?texto=341.
3. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) [online]. [citado 2005 Out 20]. Disponível em URL: http://www.dor.org.br/dor_intro.asp.
4. Guinsburg R. A linguagem da dor no recém-nascido. [documento científico] 1999. Sociedade Brasileira de Pediatria. [6 telas]. [citado 2005 Out 20]. Disponível em URL: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=378&tipo_detalhe=s
5. Santana ADA, Leite ARM, Lima CFM, Calazans MTA, Oliveira RS. Valorizando a temática da dor na prática do cotidiano de graduandos de enfermagem. Revista Crear Mundos [revista eletrônica] 2005 Abr [citado 2005 Ago 16]; 2a ed. [3 telas]. [citado 2005 Ago 16]. Disponível em URL: http://personal.telefonica.terra.es/web/crearmundos/revista-crearmundos-2005/valorizando.htm.
6. Bueno M. Dor em pediatria. Centro de Estudos do Hospital Samaritano – SP [boletim científico]. 2002 Nov [citado 2006 Mar 03]; 1(2);[3 telas] Disponível em URL: http://www.hospitalsamaritano.com.br/boletimcentroestudos/3/enfermagem.htm.
7. Brasil. Resolução 196. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1996.
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.
9. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
10. Silva LR. Sentimentos e práticas dos enfermeiros diante da dor do bebê na punção venosa [dissertação]. Rio de Janeiro: EEAP/UNIRIO; 2005.
11. Bobroff MC. Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem: construção de instrumentos [dissertação]. Ribeirão Preto: EERB/USP; 2003.
12. Camargos AT, Dias LO. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium, 2002, São Paulo [online]. [citado 2006 Jun 01]. Disponível em URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100029&script=sci_arttext
13. Calazans MTA, Kraychette DC. Dor do recém nascido – um desafio. Recrearte 2005;04(6).
14. Rolim KMC, Cardoso MV. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(1): 85-92.
15. Vargas D, Araújo ML. A dor e sofrimento psíquico em pacientes queimados: implicações para a assistência de enfermagem. Enfermagem Brasil 2006;5(2):114-9.

Artigo original

O uso de preservativos nas relações sexuais na cidade de Muriaé MG

Vânia Maria de Paula Vargas*, Jolliet de Assis Lopes**, Mônica Irani de Gouveia, M.Sc.***

**Farmácia, Faculdade de Minas (FAMINAS), ** Enfermagem, Faculdade de Minas (FAMINAS) ***Professora de Análises Clínicas, Farmacêutica Bioquímica, Faculdade de Minas (FAMINAS)*

Resumo

O trabalho descreve as características associadas ao não-uso de preservativos masculinos nas relações sexuais pela população da cidade de Muriaé. O estudo foi realizado nas drogarias, de janeiro a março de 2007. Foi elaborado um questionário com variáveis socioeconômicas, demográficas e inerentes ao não-uso de preservativos. Dos compradores de preservativos, 41,5% apresentam idade de 14 a 20 anos, 53,9% de 21 a 40 anos e 4,6% de 41 a 70 anos; 1,3% é analfabeto, 88,4% têm, no máximo, ensino médio completo e 10,3% estão estudando ou com ensino superior completo. Dos pesquisados, 100% relataram manter relações sexuais, 78,6% relacionam com a namorada ou com amiga, 64,7% são solteiros ou não têm parceiros fixos, porém somente 43,3% usaram preservativos na primeira relação sexual e 55,0% nunca usam ou usam de vez em quando. A grande maioria, 84,4%, tem no máximo uma relação por mês e 21,4% acham o preço do preservativo caro. Observou-se na pesquisa que não há preconceito quanto ao uso de preservativo para a grande maioria, porém na ausência ou em caso de rompimento do mesmo, as pessoas continuam a relação, aumentando o risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez indesejável. A pesquisa provou que a maioria dos participantes utiliza freqüentemente o preservativo, porém quando o relacionamento está mais estável, esta proteção deixa de ser usada. Campanhas públicas mais eficazes podem se constituir armas eficazes para promover mudança de hábito e prevenir eficazmente doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejável.

Palavras-chave: preservativos, sexualidade, comportamento sexual.

Abstract

The use of male condoms during sexual intercourse in Muriaé city MG

This work describes characteristics associated with the non-use of male condoms during sexual intercourse for the population of Muriaé, MG. The study was carried out in drugstores, from January to March 2007. A questionnaire was drawn up with socioeconomic and demographic variables, as well as variables inherent to condom non-use. Among the condom buyers, 41.5% were between 14 and 20 years of age, 53.9% between 21 and 40 years and 4.6% between 41 and 70 years, 1.3% were illiterate, 88.4% had completed high school and 10.3% were studying or had college degrees. Among the survey population,

Artigo recebido em 6 de agosto de 2007; aceito em 21 de janeiro de 2008.
Endereço para correspondência: Mônica Irani de Gouvêia, Av. Comendador Freitas, 331/505, 36880-000 Muriaé MG, Tel: (31) 9649 3175, E-mail: monicaigouveia@uol.com.br

100% reported having sexual intercourse, 78.6% have sexual intercourse with the girlfriend or with a friend, 64.7% are single or do not have fixed partners, however only 43.3% used condoms in the first sexual encounter and 55% never use or use once in a while. The great majority, 84.4%, has one sexual encounter per month at the most, and 21.4% think the condom price expensive. It was observed in the research that there is no bias as to the use of condoms for the majority, but in the absence or in case of breach of the same, people still respect, increasing the risk of acquiring sexually transmitted diseases or unwanted pregnancy. The research has proved that most participants often use the condom, but when the relationship is more stable, the protection ceases to be used. Public campaigns can be more effective weapons to promote effective change of habit and effectively prevent sexually transmitted diseases and unwanted pregnancy.

Key-words: condoms, sexuality, sexual behavior.

Resumen

El uso de preservativos masculinos en las relaciones sexuales en la ciudad de Muriaé MG

El trabajo describe las características asociadas al no uso de preservativos masculinos en las relaciones sexuales entre la población de la ciudad de Muriaé en el Estado de Minas Gerais. El estudio fue realizado en las farmacias y droguerías, de enero a marzo de 2007. Fue elaborado cuestionario con variables socioeconómicas, demográficas e inherentes al no uso de preservativos. De los compradores de preservativos, 41,5% presentan edades de 14 a 20 años, 53,9% de 21 a 40 años y 4,6% de 41 a 70 años. En la clasificación por el grado de instrucción se vio que 1,3% es analfabeto, 88,4% tienen enseñanza media completa por lo menos y 10,3% están estudiando o tienen enseñanza superior completa. De los encuestados, 100% relataron mantener relaciones sexuales, 78,6% se relacionan con la enamorada o con una amiga, 64,7% son solteros o no tienen compañeros fijos, sin embargo solamente 43,3% usaran preservativos en la primera relación sexual y 55,0% nunca usan o usan de vez en cuando. La mayoría 84,4% tiene como máximo una relación por mes y 21,4% encuentran caro el precio del preservativo. Se observó en la investigación que no hay prejuicios en cuanto al uso de preservativos para la mayoría, sino en la ausencia o en caso de incumplimiento de la misma, la gente todavía respecto, que aumenta el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. La investigación ha demostrado que la mayoría de los participantes suelen usar el condón, pero cuando la relación es más estable, la protección deje de ser utilizado. Campañas públicas pueden ser armas más eficaces para promover el cambio de hábito y prevenir eficazmente las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Palabras-clave: condones, sexualidad, conducta sexual.

Introdução

Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia de 2004 [1], no Brasil, existem cerca de 52.599 farmácias e drogarias privadas, e entre estas, apenas 8.649, ou 16,4%, são de propriedade de farmacêuticos. O setor privado é o responsável por 76% do fornecimento direto de medicamentos à população brasileira [2].

Muriaé é uma cidade mineira de cerca de cem mil habitantes, localizada na rodovia BR-116, sendo um entroncamento e pólo regional para os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo. É uma cidade com índice de desenvolvimento (IDH) 0,772, estando em 1269ª posição no ranking nacional, apresenta 50 drogarias e farmácias.

Os preservativos masculinos são vendidos em supermercados, drogarias e farmácias, porém a maior venda ocorre nos estabelecimentos de saúde. O preservativo masculino é o método de prevenção de gravidez e doença sexualmente transmissível (DST) mais conhecido e mais usado entre os adolescentes [3], e os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais [4].

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e a gravidez na adolescência deram visibilidade à sexualidade, prostituição feminina e masculina e à exploração sexual de crianças no Brasil. Nos últimos 20 anos, as intervenções resultaram na difusão e no aumento do uso de preservativos pela população [4-8]. O uso de preservativo tem aumentado, mas ainda não é utilizado por todos e nem em todas as relações sexuais. Dentre os muitos estudos que têm sido realizados tendo como objeto os adolescentes e o uso de métodos de proteção/contracepção, vários demonstram que o conhecimento sobre

os métodos anticoncepcionais existentes é elevado, mas isso não resultou em uso adequado ou regular destes e, apesar do aumento considerável desse uso nos últimos anos, ainda deixa a desejar [5].

Atualmente, a AIDS tem apresentado um aumento significativo entre as mulheres, entre os grupos populacionais de baixa renda e com uma tendência em direção às cidades de médio porte [9-12].

O Brasil é exemplo mundial no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida, que é realizado por meio de terapia medicamentosa anti-retroviral disponibilizada pelo Ministério da Saúde e 100% das pessoas que preenchem os critérios estabelecidos para diagnóstico da doença (Aids) têm acesso ao tratamento [13]. O uso de preservativos continua sendo a forma de prevenção mais eficaz e preconizado para o controle da disseminação da doença por via sexual [9,14,15].

O objetivo geral da pesquisa foi quantificar a dispensação de preservativos em drogarias da cidade de Muriaé, MG. Já os objetivos específicos foram: a) identificar e analisar as concepções que os compradores de preservativos formulam sobre o exercício da sexualidade e as relações que estabelecem com eventuais parceiras (os); b) identificar e analisar a utilização do preservativo como métodos contraceptivos; c) identificar e analisar as concepções que os compradores de preservativos formulam sobre a gravidez e a paternidade não planejada.

Materiais e método

A pesquisa teve duração de três meses, de janeiro a março de 2007. O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi um questionário auto-respondido, pré-codificado, anônimo, composto por 24 perguntas sobre características sócio-econômicas e demográficas, investigação do motivo da compra e uso ou não uso do preservativo. Analisou-se a prevalência da utilização de preservativo na iniciação sexual e em sua última relação sexual. Dos questionários recebidos, foram analisados 224 preenchidos integralmente, cujos dados foram tabulados e analisados estatisticamente.

O estudo foi realizado preservando a identidade dos participantes com um conhecimento que visava esclarecê-los sobre a natureza e finalidade do estudo para um livre e esclarecido consentimento da sua participação na pesquisa. Para tanto, foram obedecidos os princípios da resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que consta de quatro referenciais básicos da Bioética para obtenção de êxito da pesquisa com seres humanos, sendo eles: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça [16].

Resultados e discussão

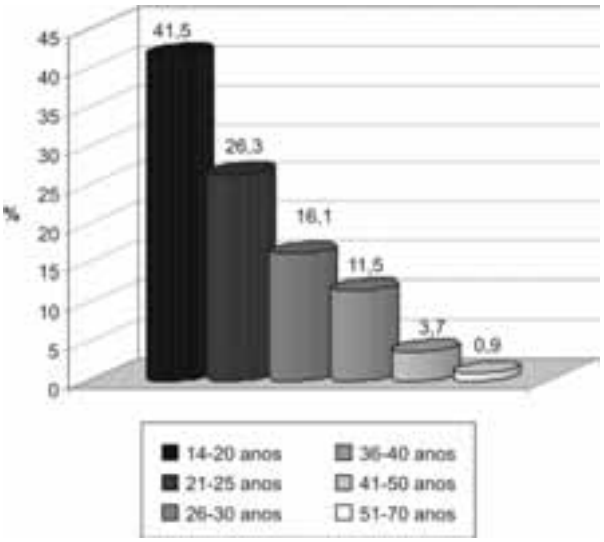
De acordo com as variáveis demográficas da amostra da Figura 1 e Tabela I, a maioria dos pesquisados tinha entre 21 e 30 anos (42,4%), e eram mestiços ou negros (53,2%). Quanto ao estado civil, foi encontrada predominância de solteiros ou sem parceiro fixo, com 64,7% de referências. Quanto às variáveis socioeconômicas, a maioria (30,3%) possuía até sete anos de estudo (fundamental incompleto ou completo). Em relação à renda familiar, 58,5% trabalham e 56,3% dos pesquisados relataram receber até um salário-mínimo por mês. Na pesquisa, 66,5% não têm filhos, 70% são naturais de Muriaé, 67,4% são católicos, 83,5% residem com a família sendo 71,4% em casa própria.

Tabela I - Distribuição percentual das características sócio-econômicas e demográficas dos pesquisados na cidade de Muriaé, MG, janeiro a março de 2007.

Variáveis	%
Raça/Cor	
Branca/Branca	46,8
Mestiça/Parda	46,5
Negra/Preta	6,7
Escolaridade	
Analfabeta	1,3
Fundamental Incompleto	13,8
Fundamental completo	16,5
Médio Incompleto	28,6
Médio completo	29,5
Superior Incompleto	4,9
Superior completo	5,4
Estado Conjugal	
Tem parceiro fixo, mas não vive junto	2,7
Não tem parceiro fixo	4,0
Casado	21,4
Solteiro	60,7
Vive com alguém	11,2
Tem filhos	
Não	66,5
Sim	16,5
Dois	9,4
Três	4,9
Quatro	0,5
Mais de quatro	2,2

Variáveis	%
Naturalidade	
Muriaé	70,0
Cidade vizinha	21,4
Outros estados	8,6
Fonte de Renda	
Depende dos pais	33,0
Depende do marido	7,1
Tem seu próprio trabalho	58,5
É aposentado	1,4
Renda mensal	
Até 1 Salário Mínimo	56,3
Mais de 1 Salário mínimo a 3 S.M.	32,1
Mais de 3 a 5 S.M.	8,0
Mais de 5 S.M. a 10 S.M.	2,2
Mais de 10 S.M.	1,4
Religião	
Evangélica	20,0
Católica	67,4
Islamismo	1,4
Outras	11,2
Mora em residência	
Própria	71,4
Alugada	28,6
Reside com a família	
Sim	83,5
Não	16,5

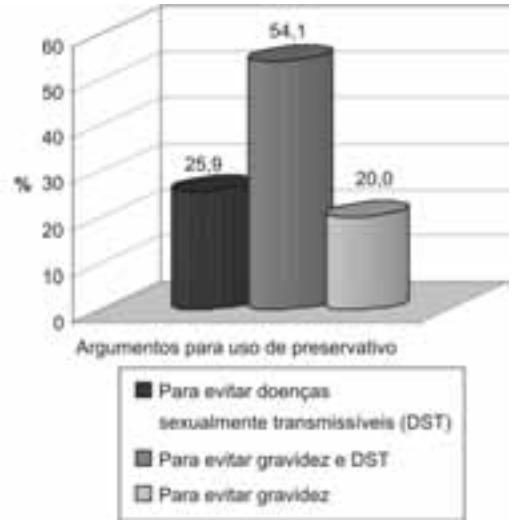
Figura 1 - Distribuição percentual dos usuários de preservativo masculino por faixa etária (anos).



O aumento do número de filhos reflete em diminuição do uso de preservativos, observando, portanto uma associação linear indireta, com diferença estatisticamente significativa. Os pesquisados sem filho consomem mais preservativos.

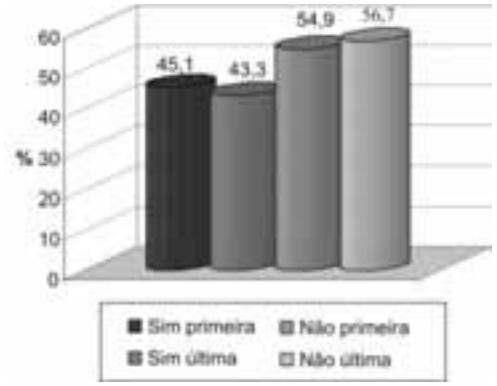
A análise dos dados das Figuras 1 a 4 demonstrou que a distribuição do uso de preservativos tem uma associação linear direta com idade, ou seja, à medida que os pesquisados envelhecem aumentava o não-uso de preservativos. Estas diferenças foram estatisticamente significativas e os intervalos de confiança em 95% mostraram o mesmo efeito.

Figura 2 - Distribuição percentual dos usuários de acordo com os argumentos para se usar preservativo.



A cor da pele, Tabela I e Figura 3, não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao uso de preservativos. Quanto ao estado conjugal observaram-se diferenças estatisticamente significativas mostrando que os solteiros e sem parceiros fixos usavam mais preservativos masculinos do que os casados ou que vivem com alguém.

Figura 3 - Distribuição percentual quanto ao uso de preservativo na primeira e na última relação sexual.



Embora a maioria, 57,6% ou 9,4%, respectivamente tenha namorada(o) ou esposa(o), 74,4% tem relação sexual no máximo uma vez por mês.

Em 60,7% o preconceito de que usar preservativo atrapalha o clima do sexo não existe mais, porém 51,3% transam mesmo não tendo preservativo (Tabelas II e III e Figura 4).

Tabela II - Distribuição percentual das características quanto ao uso de preservativo dos pesquisados na cidade de Muriaé, MG, janeiro a março de 2007.

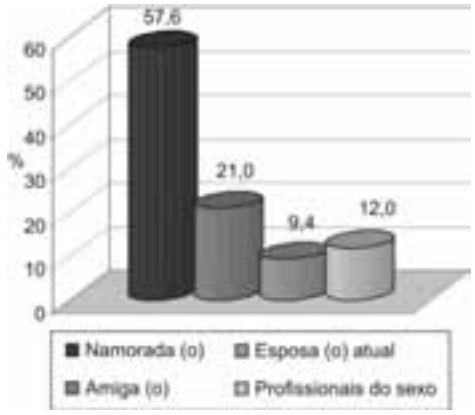
Variáveis	%
Uso de preservativo	
Sempre	28,6
Na maioria das vezes	16,4
De vez em quando	34,0
Nunca	21,0
O preço do preço do preservativo é	
Justo	61,2
Caro	21,4
Barato	17,4
Quantas(os) parceiras(os) diferentes você tem em um mês em média?	
Nenhuma	59,8
1 (um)	24,6
2 (dois)	8,0
3 (três) ou mais	7,6
Se na hora da transa não tiver preservativo você	
Interrompe, deixa para a próxima vez.	48,7
Continua assim mesmo e vai até o fim	20,5
Continua assim mesmo e não ejacula dentro da(o) parceira(o)	30,8

Tabela III - Distribuição percentual das experiências e decisões quanto ao uso de preservativo dos pesquisados na cidade de Muriaé, MG, janeiro a março de 2007.

Variáveis	Sim	Não
Se a(o) parceira(o) não quisesse usar preservativo você transaria assim mesmo?	38,4	61,6
Já teve experiências com parceiros do mesmo sexo?	8,9	91,1
Você acha que usar preservativo "quebra o clima" da transa?	39,3	60,7
Se está namorando firme com alguém conhecido há mais tempo, você usa preservativo?	58,5	41,5
O preservativo já "furou" alguma vez com você?	29,9	70,1

O trabalho permitiu conhecer estatisticamente o perfil do usuário de preservativo na cidade de Muriaé. Dos pesquisados, 100% mantêm relações sexuais, sendo 78,6% com a namorada ou com amiga, o que pode demonstrar a modificação comportamental ocorrida com os jovens, na qual se nota uma maior liberdade sexual. Outro fato relevante é que a grande maioria dos pesquisados, ou seja, 84,4% têm no máximo uma relação por mês. Os relacionamentos eventuais também estão evidentes visto que 64,7% dos participantes são solteiros ou não têm parceiros fixos.

Figura 4 - Distribuição percentual quanto ao parceiro na última relação sexual.



Os dados analisados sobre a prevalência do uso do preservativo entre os jovens corroboram a literatura sobre o tema: Silveira encontrou uma prevalência de 28% de uso de preservativos masculinos na última relação sexual; já Pirrota observou que o condom é largamente utilizado na 1ª relação sexual, mas com a continuidade da vida sexual esse método tende a ser negligenciado [15,17,18]. Mesmo com este aumento nos últimos anos, observa-se, porém, que o uso desse método não é mantido nos mesmos percentuais quando comparamos dois eventos, no caso da primeira, em que 45,1% utilizaram o método e 56,7% que deixaram de utilizá-lo na última relação sexual.

A freqüência variável do uso de preservativo masculino é bastante variável: 55,0% nunca usam ou usam de vez em quando; fato que pode demonstrar a ausência de preocupação com transmissão de doenças ou o descaso com a saúde própria e alheia. O preservativo masculino é o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e mais usado entre os adolescentes [3,4,6,19], e os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais.

Quando se pensa na confiabilidade do produto no mercado, percebe-se que 70,1% relataram eficácia do produto e, quando analisado o preço no varejo, 21,4% acham caro o preço do preservativo,

fato que interfere em sua aquisição e utilização rotineira, ou seja, existe uma grande parcela da população que precisa ser alvo das políticas e serviços de saúde, melhorando a sua percepção quanto aos riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez indesejada e da gravidez na adolescência.

Conclusão

O presente estudo observou que, apesar do uso de contraceptivos ser alto entre os clientes pesquisados, uma análise mais detalhada da motivação e das condições em que ele é usado deixa entrever que, mesmo entre os estratos sociais com mais instrução, a contracepção é vivenciada de modo ainda precário para a devida proteção à saúde. Preocupa, ainda, perceber que mais da metade dos entrevistados não usariam o preservativo para atender ao pedido do companheiro (a) e que, semelhante porcentagem acha que ele "quebra o clima" da relação. Campanhas públicas que incentivam hábitos mais freqüentes de utilização de preservativos e mais campanhas educativas seriam medidas importantes para reverter a situação mostrada pela pesquisa.

Referências

1. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 27 de abril de 2001, que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília: DOU; 2001.
2. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico. Preços de medicamentos no Brasil e a atuação da SEAE em 1999 [online]. [citado 2004 Fev 27]. Disponível em URL: http:// www.fazenda.gov.br/seae/documentos/Precomedi. html
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A voz dos adolescentes [online]. [citado 2003 Fev 05]. Disponível: http://www.unicef.org.br .
4. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev Saúde Pública 2003;37:555-66.
5. Teixeira AMF, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública 2006;22(7):1385-96.
6. Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. Revista Brasileira de Estudos Populacionais 2002;19:229-47.
7. Béria J. Ficar, transar. A sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo; 1998.
8. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
9. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública 2006;40(4):720-26.
10. Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da Aids no Brasil. Rev Saúde Pública 1995; 29:52-62.
11. Fonseca MG, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987-1998. Cad Saúde Pública 2003;19:1351-63.
12. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad de Saúde Pública 2000;6(1):7-19.
13. Dias JSC, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. Cad Saúde Pública 2002; 18:93-99.
14. Fernandes AS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento e atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad Saúde Pública 2000;16(1):103-12.
15. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Rev Saúde Pública 2002; 36:670-77.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
17. Caballero-Hoyos R, Villasenor Sierra A. Socioeconomic strata as a predictor factor for constant condom use among adolescents. Rev Saúde Pública 2001;35:531-8.
18. Pirotta KCM, Schor N. Juventude e saúde reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 [online].[citado 2004 Fev 27]. Disponível em: URL: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Pirotta_ texto.pdf
19. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2008;7(1)

Artigo original

Protocolos de enfermagem: cuidados aos pacientes submetidos ao implante de marcapasso cardíaco definitivo

Simone Martins Rembold, M.Sc.*, Eric Leonard Lobo Domingos**, Patrocínia Gonçalves Delatorre***, Dalmo Valério Machado de Lima, M.Sc.****, Enéas Rangel Teixeira, D.Sc.*****

**Enfermeira, Profa. Assistente do Depto. de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF, Especialista em Nefrologia, Aluna Especial do Doutorado em Enfermagem pela UFRJ, **Enfermeiro, Preceptor no Laboratório de Fundamentos de Enfermagem na Universidade Plínio Leite (UNIPLI), Aluno Especial do Mestrado em Enfermagem da UNIRIO, ***Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Setor de Hemodinâmica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Especialista em Enfermagem Gerontológica pela UFF, ****Enfermeiro, Professor Assistente do Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEM) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC-UFF), Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), *****Enfermeiro, Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF)*

Resumo

Objeto de estudo: cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos ao implante de marcapasso cardíaco definitivo. *Objetivo:* sistematizar a assistência de enfermagem aos pacientes com indicação de implante de marcapasso cardíaco definitivo, internados em unidades hospitalares do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF sob a forma de protocolos de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). *Material e método*: pesquisa-ação com abordagem descritiva. *Coleta de dados:* levantamento bibliográfico, registros das discussões com o grupo sujeito participante da pesquisa e análise de prontuários. *Resultados:* elaboração dos Protocolos Operacionais Padrão (POP) para cada etapa de internação e confecção de material didático explicativo distribuído entre a clientela assistida pelo serviço de hemodinâmica do HUAP. *Conclusão:* a pesquisa ação contribuiu para a equipe de enfermagem refletir sobre o seu saber-fazer e implementar uma assistência de enfermagem dinâmica e atualizada, melhorando a qualidade da assistência e promovendo a reintegração do paciente ao seu contexto social de uma forma mais amena.

Palavras-chave: avaliação em enfermagem, marca-passo artificial, tomada de decisões.

Artigo recebido em 22 de fevereiro de 2008; aceito em 29 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: Eric Leonard Lobo Domingos, Rua Artur Costa, 9, Santa Luiza, 24722-325 São Gonçalo RJ Tel: (21) 2724-6821. E-mail: eric_leonard@novavidacol.com.br

Abstract

Nursing protocols: care to the patients submitted to definitive cardiac pacemaker implantation

Study object: nursing care of patients who undergo definitive cardiac pacemaker implantation. *Objective:* to systematize nursing assistance to patients with indications for definitive cardiac pacemaker implantation admitted in hospital units of the University Hospital Antônio Pedro / UFF through protocols of Standard Operating Procedures. *Material and method:* action research with descriptive approach. *Data collection*: bibliographic research, record of the discussions with the group participant of the research and document analysis. *Results:* the working up of Standard Operating Procedures for each stage of the internment and didactic explicative material distributed among the patients who are assisted at the hemodynamics unit of the HUAP. *Conclusion*: the action research contributed for nursing staff to think about their known-how and to implement a dynamic and up-to-date nursing assistance, improving quality of the assistance and promoting the reintegration of the patient into social context in a pleasant way.

Key-words: nursing assessment, pacemaker, artificial, decision making.

Resumen

Protocolos de enfermería: cuidados a los pacientes sometidos a implante de marcapaso cardiaco definitivo

Objetivo de estudio: cuidados de enfermería a los pacientes sometidos a implante de marcapaso cardíaco definitivo. *Objetivo:* sistematizar la asistencia de enfermería a pacientes con indicación de implante de marcapaso cardíaco definitivo, internados en unidades hospitalarias del Hospital Universitario Antonio Pedro/UFF bajo la forma de protocolos de Procedimientos Operacionales Estándar (POE). *Material y método:* investigación acción con abordaje descriptivo. *Colecta de datos*: investigación bibliográfica, registros de las discusiones con el grupo sujeto participante de la investigación y análisis de los prontuarios. *Resultados:* elaboración de los protocolos de Procedimientos Operacionales Estándar para cada etapa de la hospitalización y confección de material didáctico explicativo distribuido entre los pacientes tratados en la unidad de hemodinámica del HUAP. *Conclusión:* la investigación acción contribuyó para el equipo de enfermería reflexionar sobre su saber hacer e implementar una asistencia de enfermería dinámica y actualizada, mejorando la calidad de la asistencia y promoviendo la reintegración del paciente en su contexto social de una forma más amena.

Palabras-clave: evaluación en enfermería, marcapaso artificial, toma de decisiones.

Introdução

Notadamente existe um acréscimo significativo do número de pacientes admitidos em hospitais públicos ou particulares apresentando dor precordial e demais manifestações decorrentes de bloqueio átrio ventricular parcial ou total, com indicação de implantação de marcapasso (MP) cardíaco definitivo. Não obstante a existência de uma equipe multidisciplinar no atendimento a estes pacientes com eficiência e eficácia seja nos eventos emergenciais e/ou eletivos, nem sempre a equipe de saúde consegue controlar ou prever os resultados de suas ações. Assim, não se observa, na prática, protocolos com determinação das etapas e a função de cada profissional da área de saúde nos procedimentos a serem realizados durante todo o período de internação dos pacientes, desde a admissão até a alta hospitalar. Por outro lado, também é notado o déficit de conhecimento dos pacientes em relação à sua doença, sintomas e cuidados preventivos, o que gera uma demanda de informação a essa população, em linguagem acessível, orientações pertinentes à promoção da saúde, prevenção de complicações e

mudança de hábitos de vida após a implantação do marcapasso.

A arterioesclerose é a doença cardíaca coronariana que mais afeta as artérias coronárias. Dependendo do grau de obstrução dessas artérias o fluxo sangüíneo coronariano é diminuído drasticamente e o miocárdio entra em fase de sofrimento tecidual, pois passa a obter menor aporte de oxigênio e nutrientes. Essas obstruções no interior de vasos coronarianos importantes podem ocasionar infarto agudo do miocárdio (IAM), seguido de arritmias, insuficiência ventricular esquerda aguda, choque cardiogênico, tromboembolismo e ruptura do ventrículo esquerdo. O tratamento das arritmias, entre elas os bloqueios atrioventriculares, pode ser medicamentoso ou elétrico, visando manter o paciente hemodinamicamente estável e reduzir a incidência das arritmias letais: a fibrilação ventricular e a assistolia ventricular [1].

Os bloqueios atrioventriculares ocorrem quando algum distúrbio agudo ou crônico impede ou dificulta a passagem do estímulo elétrico gerado no nó sinusal para o nó atrioventricular. Essas alterações provocam mudança no ritmo e na freqüência de contração do miocárdio, trazendo repercussões hemodinâmicas como a diminuição do débito cardíaco. Os bloqueios atrioventriculares são classificados da seguinte forma: parciais ou totais ou bloqueio de 1º grau, de 2º grau do tipo I, de 2º grau do tipo II e de 3º grau ou total [1]. A gravidade aumenta de acordo com o avanço dos graus, pois, enquanto o bloqueio AV de primeiro grau raramente causa qualquer efeito hemodinâmico, os outros bloqueios podem resultar em freqüência cardíaca diminuída, gerando diminuição na perfusão dos órgãos vitais, como o cérebro, coração, rins, pulmões e pele [2].

A terapêutica das bradiarritmias cardíacas em situações agudas, normalmente, é tratada apenas com fármacos, já as bradiarritmias crônicas, além dos fármacos, pode ocorrer também a implantação de marcapasso. O estudo do eletrograma de feixe de His (EFH) permite identificar com certa precisão os casos com indicativo de implantação de marcapasso cardíaco definitivo [3].

As principais indicações consensuais para implantação de marcapasso cardíaco definitivo estão relacionadas às complicações cardíacas devido a bloqueios atrioventriculares adquiridos em idade adulta ou após infarto agudo do miocárdio, bloqueio bifascicular e trifascicular, disfunção do nódulo sinusal, síndrome do seio carotídeo hipersensível e neurovascular [4]. O tratamento das arritmias é feito com base na etiologia do bloqueio AV e na estabilidade do paciente, o tratamento é direcionado no sentido de aumentar a freqüência cardíaca para manter um débito cardíaco normal [2].

Os marcapassos cardíacos são geradores de impulsos elétricos que auxiliam ou assumem a função do nódulo sino-atrial (marcapasso natural) no controle da freqüência cardíaca. Os impulsos elétricos oriundos no marcapasso são conduzidos por eletrodos encunhados nos átrios e ou ventrículos até as fibras musculares cardíacas, fazendo com que o coração contraia de forma sincrônica em uma freqüência média de uma pessoa saudável em repouso de 60 a 80 batimentos por minuto. Os marcapassos cardíacos são fontes externas de energia que podem ser utilizadas para estimular o coração, quando ocorrem distúrbios na formação e/ou transmissão dos impulsos, levando as bradiarritmias sintomáticas. Os estímulos do marcapasso podem ser aplicados aos átrios e/ou ventrículos [3].

A implantação de um marcapasso cardíaco consiste na utilização de um sistema de geração de impulsos elétricos conduzidos através de eletrodos até a parte interna do coração, para auxiliar na freqüência dos batimentos do coração com algum distúrbio na condução dos impulsos gerados pelas células marcapasso. Após o implante, os portadores de marcapasso levam uma vida normal, embora com algumas restrições nos primeiros três meses até o retorno gradativo as suas atividades cotidianas.

Quanto ao tempo de utilização, os marcapassos podem ser classificados em provisórios ou temporários e permanentes ou definitivos. A implantação do marcapasso cardíaco provisório ocorre, geralmente, nas unidades coronarianas (UC) ou na Hemodinâmica devido a complicações cardíacas dos pacientes já hospitalizados, ou em situações de emergência com pacientes admitidos nos serviços de emergência hospitalar. Esse procedimento se justifica para estabilização hemodinâmica do paciente com bradicardia sintomática severa - freqüência cardíaca igual ou menor que 40 batimentos por minuto, realização de exames complementares, exclusão de causas transitórias como intoxicação medicamentosa, isquemia ou uso de drogas ilícitas, extinção de focos ectópicos, estratificações do possível IAM e diagnóstico da causa responsável pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

O uso do marcapasso definitivo como modo de estimulação é indicada para a bradicardia sintomática intermitente ou persistente, não relacionada a um fator precipitante autolimitado, ou para o bloqueio AV de segundo ou terceiro graus infranodais documentados. Os eletrodos do MP definitivo são usualmente inseridos através da veia subclávia ou cefálica, sendo posicionados no apêndice direito, para a estimulação atrial, e no ápice ventricular direito, para a estimulação ventricular. Em seguida, os eletrodos são ligados a um gerador de pulso, o qual é inserido dentro de uma bolsa subcutânea, abaixo da clavícula [3].

A maioria dos geradores de MP definitivos, atualmente, possui baterias de lítio e média de expectativa de uso entre 3 a 10 anos. A expectativa de vida do marcapasso de demanda ventricular simples pode exceder 10 anos. Segundo o Manual do utilizador dos geradores de impulsos *Identity™ St Jude Medical* (2004), a longevidade do gerador está relacionada à corrente elétrica necessária para a captura, à freqüência com que ocorre às espículas no eletrocardiograma (ECG) devido à geração do estímulo do marcapasso e ao número de compartimentos cardíacos controlados. A troca do MP definitivo ocorre quando a voltagem da bateria do gerador cai para níveis abaixo do usual, esse período é reconhecido como Indicador de Substituição Eletiva (ERI) que antecede no mínimo três meses ao término de funcionamento da bateria do gerador (EOL).

Diante do exposto, o objeto desta pesquisa foi a proposição de um protocolo de atendimento de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório na implantação do marcapasso cardíaco definitivo, incluindo o plano de orientação para a alta hospitalar, por meio da elaboração de procedimentos operacionais padrão (POP) como estratégia de padronização dos cuidados na Unidade Coronariana.

A proposição de um protocolo de assistência de enfermagem na implantação de MP cardíaco definitivo poderá constituir-se em subsídio a sistematização da assistência prestada, e viabilizar uma condição corretiva e preventiva das complicações que surjam em paciente com utilização de marcapasso cardíaco definitivo. Serviria de estímulo, inclusive, ao autocuidado, por meio de orientações fornecidas ao paciente e seus familiares.

Assim, acredita-se na contribuição da melhoria da qualidade da assistência prestada, com reflexo na redução do tempo de internação e na qualidade de vida destes pacientes, bem como para a integração das ações docente-assistenciais, posto que a sistematização da assistência constitui-se em uma estratégia de aprendizado para alunos da graduação, pós-graduação e ao próprio corpo de enfermagem da instituição.

O objetivo do trabalho é propor uma sistematização, sob forma de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), dos cuidados de enfermagem na Hemodinâmica e Unidade Coronariana durante o período perioperatório dos pacientes com indicação de implantação de MP definitivo.

Material e método

Pesquisa-ação com abordagem descritiva, sobre a assistência de enfermagem ao paciente portador de bloqueio atrioventricular usuário de marcapasso cardíaco definitivo e aos familiares deste paciente. As fontes de dados incluíram pesquisa bibliográfica sobre o tema em tratados de enfermagem e medicina, livros especializados em cardiologia, revistas, trabalhos científicos e publicações eletrônicas pertinentes ao tema e os relatos de experiência dos profissionais dos setores envolvidos nesta pesquisa. Após o levantamento bibliográfico e análise dos dados foram, então, elaborados os protocolos de "Procedimento Operacionais Padrão" (POP) de atendimento aos pacientes com bloqueio atrioventricular parcial ou total.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa muito utilizada nas ciências sociais e envolve a participação dos pesquisadores e do próprio grupo-sujeito na busca de uma resolução empírica de um problema coletivo [5].

A finalidade da pesquisa-ação é a resolução de problemas da vida real, em conjunto com o grupo-sujeito, do qual os elementos participam da construção dos dados e também das discussões destes mesmos resultados [6].

Assim, a pesquisa-ação, neste estudo, foi adotada como uma proposta de construção coletiva da sistematização da assistência ao paciente submetido a implante de marcapasso, a partir da observação de uma situação inquietante que emergia da prática.

Para o desenvolvimento da pesquisa o cenário escolhido para observação foi a Unidade Coronariana do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, Estado do Rio de Janeiro.

Resultados

Quadro I - Protocolo pré-implante de marcapasso definitivo – pacientes internados.

- Explicar procedimentos, tratamento e cuidados ao paciente, familiares e responsáveis.
- Instilar esperança no tratamento.
- Inspirar confiança nos demais profissionais da equipe interdisciplinar.
- Atentar para os aspectos físico-biológicos, sociais e espirituais do paciente.
- Realizar monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso.
- Verificação de sinais vitais de 04 em 04 horas.
- Checar material de reanimação cardiorrespiratória e desfibrilador presentes no carrinho de parada cardiorrespiratória e mantê-lo próximo ao leito do paciente.
- Realizar exame físico sumário do paciente.
- Realizar o histórico do paciente (doença atual, doença pregressa, alergias).
- Estabelecer dieta zero 06 horas antes do procedimento.
- Atentar para a suspensão do uso de Heparina ou Enoxaparina 24 horas antes do procedimento.
- Atentar para a suspensão do uso de Acido Acetilsalicílico e Clopidogrel 07 dias antes do procedimento.
- Aparar os pêlos em tórax e membros superiores, quando necessário, um dia antes do procedimento.
- Realizar tricotomia em tórax 02 horas antes do procedimento.
- Orientar quanto ao estabelecimento de dieta zero no mínimo 06 horas antes do procedimento.
- Encorajar eliminações vésico-intestinais do paciente antes do procedimento.
- Encaminhar o paciente acompanhado pelo médico ou enfermeiro do setor de origem ao setor de Hemodinâmica em cadeira de rodas ou maca, com o prontuário, última prescrição e resultados de exames complementares (ECG, raio-x, ecocardiograma e laudo do cateterismo cardíaco).
- Encaminhar para o banho de aspersão com solução antisséptica, Clorexidine Degermante a 2%.
- Administrar dose de antibioticoterapia profilática 1g de Cefalexina 1 hora antes do procedimento.

Quadro II - Ações de enfermagem aos pacientes ambulatoriais oriundos do ambiente domiciliar.

- Orientar o paciente a comparecer ao hospital no dia e hora marcado, 30 minutos antes sempre acompanhado de um familiar, munido de carteira de matrícula do Hospital Universitário Antônio Pedro, um documento de identidade e um comprovante de residência.
- O paciente ou o familiar/responsável deve trazer no dia da cirurgia os exames complementares do paciente como eletrocardiograma, raio-x, ecocardiograma, e as receitas dos medicamentos de uso regular.
- Atentar para a dieta zero no mínimo 06 horas antes do procedimento.
- Encorajar as eliminações vésico-intestinais do paciente antes do procedimento.
- Certificar-se da suspensão no uso das medicações abaixo relacionadas 10 dias antes do implante ou troca de marcapasso:
- Salicilatos
- Ticlopidina
- Clopidogrel
- Orientar quanto a antibioticoterapia profilática, tomar 02 comprimidos por via oral do antibiótico Cefalexina 500 mg, uma hora antes da hora marcada da cirurgia.
- Orientar quanto à necessidade do uso das medicações regulares como os anti-hipertensivos no dia do procedimento.

Quadro III – Ações de enfermagem realizadas no setor de hemodinâmica ou centro cirúrgico.

- Verificar pontos de O2 e de vácuo antes do início do procedimento.
- Checar material presente no carrinho de parada cardiorrespiratória e verificar o funcionamento do desfibrilador mantendo-o conectado a rede elétrica.
- Verificação da limpeza da sala antes do início do procedimento
- Realizar montagem da sala e preparo da mesa com os materiais necessários a realização do procedimento.
- Observar o prazo de validade da esterilização e a integridade das embalagens do material a ser utilizado durante o procedimento, caso o material esteja com o prazo de validade vencido ou a integridade da embalagem alterada não utilizá-lo e encaminhá-lo para o serviço de esterilização.
- Preenchimento da ficha de admissão do paciente no setor de hemodinâmica.
- Supervisionar a entrega dos exames necessários ao implante de marcapasso caso o paciente não esteja internado, caso contrário conferir se os exames foram anexados ao prontuário do paciente e encaminhados ao setor de Hemodinâmica, 30 minutos antes do procedimento (receber, conferir, relacionar).
- Explicar procedimentos, tratamento e cuidados ao paciente, familiares e responsáveis.
- Registrar a verificação dos sinais vitais do paciente durante o procedimento em intervalos de 15 minutos e após o término do procedimento (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial, queixas álgicas).
- Retirar os adornos, próteses dentárias e piercings do paciente antes do procedimento.
- Paramentar o paciente de forma adequada (gorro, avental, sapatilhas).
- Realizar punção de acesso venoso periférico em membro superior de lado contrário ao implante de marcapasso cardíaco caso o paciente já não esteja puncionado.
- Observar a presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) no caso de punção prévia do acesso venoso e a existência de etiqueta com a data de punção e assinatura de quem a realizou. Trocar a punção de acesso venoso caso tenha mais de 72 horas de puncionado.
- Os profissionais que estiverem na sala, durante o procedimento, devem realizar a troca de roupa em local apropriado e depois de devidamente paramentados, procederem à lavagem das mãos de forma asséptica (gorro, avental, sapatilhas, capote de chumbo e protetor de chumbo da região cervical).
- Após certificar-se da posição e da trava correta da mesa, posicionar de forma adequada o paciente na mesa de operação.
- Realizar monitorização cardíaca contínua, verificação de pressão não invasiva mais oximetria de pulso.
- Realizar anti-sepsia do local de implante do MP definitivo com PVPI degermante e tópico.
- Administrar antibiótico profilático segundo prescrição médica.
- Permanecer dentro da sala de cirurgia acompanhando de perto todo o procedimento e tranqüilizando o paciente.
- Realizar preenchimento de ficha de controle de material utilizado durante o procedimento.
- Auxiliar na realização de curativo sobre a incisão cirúrgica com SF 0,9%, gazes e esparadrapo hipoalergênico.
- Preencher a ficha de evolução cirúrgica.
- Após o implante, posicionar confortavelmente o paciente na maca e retornar com o mesmo à sala de admissão da hemodinâmica, enquanto aguarda a alta hospitalar ou o retorno ao setor de internação de origem do HUAP ou as demais instituições hospitalares.
- Encaminhar o paciente após o implante para o setor de internação de origem do HUAP para que de lá aguarde a alta hospitalar ou nas demais instituições hospitalares. Quanto aos pacientes ambulatoriais ou advindos de sua própria residência, após o implante, caso não tenha ocorrido nenhuma intercorrência após as orientações pós-implante, contatar familiares e/ou responsáveis e assegurar-se de encaminhá-los em segurança para casa.

Quadro IV - Pós-operatório para implante de marcapasso cardíaco definitivo – pacientes internados.

- Orientar o paciente na realização da troca diária do curativo oclusivo sobre o local da incisão do implante utilizando soro fisiológico 0,9%, gaze e esparadrapo hipoalergênico.
- Orientar o paciente a não utilizar PVPI ou qualquer outro produto antisséptico sobre a área de incisão do marcapasso durante as trocas de curativos ou em reações alérgicas a menos que haja uma prescrição médica.
- Orientar o paciente, familiares e/ou responsáveis na observação do sítio de inserção do marcapasso constantemente para verificar sinais de sangramento ou extrusão da unidade geradora ou eletrodos.
- Utilizar compressas frias nas primeiras 24 horas após o implante de marcapasso de 02 em 02 horas em intervalos de 20 minutos.
- Após o implante ou a troca do marcapasso, manter o uso durante 05 dias do antibiótico cefalexina 02 comprimidos de 500 mg por via oral de 06 em 06 horas.
- Orientar quanto ao retorno ao hospital de sete a dez dias após o procedimento para a retirada dos pontos e fazer a primeira revisão.
- Orientar o paciente a não fazer força ou pegar peso por aproximadamente 07 dias com o braço do mesmo lado da operação.
- Orientar o paciente a não utilizar tipóia para imobilização do braço do mesmo lado da operação.
- Orientar o paciente a evitar movimentos bruscos com o braço do mesmo lado da operação e quanto à possibilidade de movimentar o mesmo até a altura do ombro.

Quadro V - Alta hospitalar de pacientes com marcapasso cardíaco definitivo.

- Orientar o paciente quanto ao retorno as suas relações sexuais sem problemas, após o implante, sem medo de ter uma diminuição no desempenho sexual ou uma parada cardíaca seguida de um choque de desfibrilação.
- Orientar o paciente quanto ao convívio normal no ambiente domiciliar ou externo com aparelhos eletroeletrônicos, como televisão, controle remoto, aparelho de DVD, microcomputador, aparelho de som, microondas, aparelho de barbear.
- Orientar o paciente que apesar do baixo campo eletromagnético criado pelo telefone celular procurar atendê-lo do lado oposto ao implante de marcapasso.
- Evitar passar por detectores de metais presentes nas portas giratórias dos bancos, durante a revista nos embarques dos aeroportos ou em locais de eventos onde sejam utilizados detectores de metal.
- Orientar o paciente a deixar sempre na carteira ou no bolso uma cópia do cartão do marcapasso contendo - a data do implante, o tipo de marcapasso, a forma de estimulação e o nome do responsável pelo implante - e deixar o original deste cartão em casa para evitar perdas ou extravios.
- Evitar permanecer em locais com o símbolo de proibição de pacemakers.
- Orientar o paciente a sempre que for submetido a um procedimento cirúrgico comunicar a equipe médica que ele é portador de marcapasso cardíaco.

Conclusão

A participação do enfermeiro na educação em saúde no ambiente hospitalar, durante todo o período de internação, auxilia muito na mudança de fatores predisponentes ao risco de doenças cardíacas coronarianas. A maioria destes fatores é modificável e controlável como a obesidade, o sedentarismo, o fumo, o alcoolismo, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial elevada e o diabetes [7].

A pesquisa-ação, apesar da dificuldade de aceitação inicial pela equipe até a assimilação da importância de sua construção, tem uma vantagem em relação às demais formas de pesquisa, pois compreende uma construção que retrata de certa forma o contexto da instituição ou setor emergindo particularidades dos sujeitos envolvidos na pesquisa que como participantes ativos em sua construção tem maior chance de êxito de implementação por se tratar de decisões aprovadas com unanimidade e respaldo técnico da instituição. Além de servir como um mecanismo de valorização do profissional respeitando suas destrezas, habilidades e experiência profissional.

Assim, o objetivo principal da elaboração dos procedimentos operacionais padrão junto aos funcionários dos setores não é engessar a atuação da assistência de enfermagem ou restringir seu po-

der de adaptação em situações de emergência, mas contribuir para a tomada de decisão da equipe de enfermagem de forma rápida com respaldo técnico da instituição na execução de sua assistência, incentivar o aperfeiçoamento profissional periódico junto à educação permanente, a troca de saberes entre a equipe interdisciplinar no HUAP e servir também como material didático periodicamente revisado aos futuros profissionais. E nortear o profissional com os princípios ou cuidados básicos essenciais a esse paciente que contribuam para tornar o ambiente terapêutico ideal, confortável e seguro, respeitando as necessidades humanas básicas e a individualidade de cada paciente com seu contexto histórico e social.

Referências

1. Meltzer LE. Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática. São Paulo: Atheneu; 2001.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. Harrison: Medicina interna. 16ª ed. São Paulo: Mc Graw Hill; 2006.
4. Andrade JCS, Ávila Neto V, Braile DM, Brofman PRS, Costa ARB, Costa R, Galvão Filho SS, Gauch PRA, Lucchese FA, Martinelli Filho M, Medeiros PTJ, Mateos JCP, Pimenta J, Takeda RT. Diretrizes para o implante de marcapasso cardíaco permanente. Arq Bras Cardiol 2000;74(5):475-80.
5. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1986.
6. Teixeira ER. Produções de subjetividades do cuidado em saúde no ensino universitário de enfermagem: uma perspectiva transdisciplinar. Rio de Janeiro: EdUFRJ; 2006.
7. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(2):69-82.

Apêndice

Recomendações aos pacientes e familiares após o implante ou troca de marcapasso cardíaco definitivo

Principais dúvidas

- Evite dormir sobre o braço do mesmo lado do implante de marcapasso.
- Evite exercer forte pressão sobre o peito (externo) e sobre o lado do implante.
- Não empurre e não pegue peso acima de dois quilos nas primeiras 8 semanas.
- Tome medicamentos apenas sob orientação médica.
- Evite expor o local da incisão cirúrgica ao sol nos primeiros dias após o implante.
- Pratique esportes sob a orientação médica
- Controle o seu peso.
- Evite a obesidade.
- Controle o colesterol.
- Diminua o estresse.
- Pare de fumar.
- Pratique esportes.
- Diminua o sal e o açúcar na alimentação.
- Realize a troca diária do curativo durante o banho até a retirada dos pontos.
- Evite passar por locais com detectores de metais como os aeroportos e bancos.
- Viajar de avião é permitido. Apenas durante as viagens aéreas evite a cabine de comando.
- Tenha sempre consigo a cópia da carteira de identificação de usuário de marcapasso.
- Realize as consultas periódicas com o cardiologista.
- Verifique periodicamente o valor de sua pressão arterial e sua freqüência cardíaca
- O uso de aparelhos eletrodomésticos em geral é permitido.

Cuide do seu coração

- Quanto aos cuidados com a ferida operatória, mantenha sempre o local limpo e seco, para isso use apenas água e sabonete.
- Evite dormir do lado em que foi implantado o marcapasso nos primeiros dez dias.
- Noventa dias (3 meses) após a cirurgia, você poderá realizar qualquer atividade física, sem restrições.

- Até completar um mês após o implante, você não deve realizar movimentos fortes usando o braço do lado onde está o marcapasso.
- Você pode escovar os dentes, pegar coisas leves, usar talheres nas refeições e realizar outras atividades correspondentes.
- Evite caminhar em locais com o símbolo de proibição de usuários de marcapasso ou próximo às linhas elétricas de alta tensão.
- Atente para sinais de infecção no local do implante do marcapasso.
- Você nunca deve mentir ou dar informações erradas sob o seu estado de saúde.

Em caso de dúvidas converse com a equipe de saúde.
E tenha uma vida saudável ao lado de sua família e amigos.

* Ilustrações extraídas de BRASIL, Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 8p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Artigo original

Caracterização de crianças portadoras de mielomeningocele atendidas em programa de orientação sobre cateterismo intermitente limpo

Gisele Martins, M.Sc.*, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**

**Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde pela FAMERP, **Enfermeira, Professora Livre-docente, Diretora de Extensão da FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)*

Resumo

A mielomeningocele é uma malformação do tubo neural, com vários problemas entre as crianças acometidas, como a bexiga neurogênica, provocando distúrbio miccional por deficiências no esvaziamento vesical, exigindo o emprego do cateterismo intermitente limpo (CIL). A utilização correta do CIL resulta em melhora do quadro urológico e, em algumas situações, a aquisição de continência urinária. O objetivo deste estudo foi caracterizar crianças portadoras de bexiga neurogênica que estavam em programa de CIL, atendidas no ambulatório de uropediatria de um hospital de ensino. Caracterizou-se 23 crianças, 52,2% do sexo masculino; 60,9% não freqüentavam a escola; 69,6% faziam tratamento urológico de até 3 anos, igual porcentagem (39,1%) com bexiga neurogênica hiperreflexa ou arreflexa; 60,9% usavam medicações para outros problemas; a maioria tinha outros distúrbios, principalmente hidrocefalia e pé torto congênito e todas tinham acompanhamento em outras especialidades clínicas e cirúrgicas. Os dados obtidos subsidiam outras pesquisas e ações de enfermagem neste contexto.

Palavras-chave: cateterismo intermitente limpo, bexiga neurogênica, mielomeningocele**.**

Abstract

Characterization of children with myelomeningocele seen in the orientation program about clean intermittent catheterization

Myelomeningocele is a malformation of the neural tube that causes several impairments to affected children. One common resulting dysfunction is the neurogenic bladder that causes urinary disorders due to deficient vesicle discharges and requires the use of clean intermittent catheterization (CIC). The correct use of the CIC results in the improvement of the urological medical features and, in some cases, in the acquisition of urinary continence. The aim of this study was to characterize children with neurogenic bladder who were in the CIC program of a Pediatric Urology outpatient clinic of a teaching hospital. 23 children were characterized: 52.2% were male; 60.9% did not attend school; 69.6% had been under urological treatment

Artigo recebido em 04 de dezembro de 2007; aceito em 21 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, Rua Pará 721, 15140-000 Bálsamo SP, Tel: (17) 32641357, E-mail: zaida@famerp.br

for a period up to 3 years, and an equal percentage (39.1%) had either overactive or underactive neurogenic bladder. 60.9% were on medication for other problems and the majority of them presented other disorders, especially hydrocephalus and clubfoot. All of them were having medical follow-ups in other clinical and surgical specialties. The obtained data subsidize other researches and nursing actions in this context.

Key-words: clean intermittent catheterization, neurogenic bladder, myelomeningocele.

Resumen

Caracterización de niños con mielomeningocele atendidos en programa de orientación sobre cateterismo intermitente limpio

La mielomeningocele es una malformación del tubo neural, con varios problemas entre los niños afectados, como la vejiga neurogénica, provocando disfunción miccional, por dificultad en el vaciamiento vesical, necesitando del uso de cateterismo intermitente limpio (CIL). La utilización correcta del CIL resulta en una mejora del cuadro urológico y, en algunas situaciones, la adquisición de la continencia urinaria. El objetivo de este estudio fue caracterizar niños con vejiga neurogénica que estaban en programa de CIL, atendidas en el sector de uropediatría de un hospital de enseñanza. Se caracterizaron 23 niños: 52,2% del sexo masculino; 60,9% no frecuentaban la escuela; 69,6% estaban en tratamiento urológico incluso hasta 3 anos, e igual porcentaje (39,1%) con vejiga neurogénica hiperrefleja o arrefleja; 60,9 usaban medicación para otros problemas; la mayoría presentaba otras disfunciones, principalmente hidrocefalia y pie torcido congénito. Todos tenían acompañamiento en otras especialidades clínicas y quirúrgicas. Los datos obtenidos subsidian otras investigaciones y acciones de enfermería en este contexto.

Palabras-clave: cateterismo intermitente limpio, vejiga neurogénica, mielomeningocele.

Introdução

Denomina-se de mielomeningocele ou meningomielocele, a malformação do tubo neural decorrente da falta de fechamento dos arcos vertebrais posteriores, sendo um defeito congênito dos mais comuns e mais graves das mielodisplasias, ou seja, malformação da medula espinhal [1-3]. Sua causa ainda é desconhecida, mas é associada a defeito congênito compatível com herança multifatorial, sendo que seu grau de morbidade depende do nível medular afetado e seu aparecimento pode ser prevenido com a suplementação de ácido fólico no período pré-gestacional [2,4-6]. A melhora no tratamento da criança nascida com mielomeningocele é obtida com a adoção de medidas terapêuticas que atenuem o comprometimento neurológico provocado pela lesão, como a realização de correção cirúrgica precoce do defeito medular e o controle da hidrocefalia, com colocação ou não de válvula de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) [3,7,8]. Com a maior sobrevivência dessas crianças são verificados problemas decorrentes de lesão neurológica, entre eles as deformidades ortopédicas, a incontinência fecal e urinária, incluindo-se a bexiga neurogênica que acomete a quase totalidade dessas crianças [1,2,9-12].

Em decorrência deste distúrbio miccional, o portador de mielomeningocele pode apresentar dificuldades tanto no armazenamento da diurese caracterizado por incontinência, como no esvaziamento da bexiga evidenciado pela retenção urinária [13,14]. Nas duas situações há presença de urina residual, o que leva a infecções urinárias recidivantes, deterioração do trato urinário superior e perda renal progressiva [1,15,16].

Na atualidade, a eficácia na prevenção da lesão do trato urinário superior nas crianças com bexiga neurogênica tem sido conseguida com o emprego cada vez mais precoce do procedimento chamado de cateterismo intermitente limpo (CIL), que pode ser associado ao uso de medicações anticolinérgicas, para controle pressórico intravesical e para promoção da continência [17-21]. O CIL constitui-se na colocação de um cateter na bexiga através do meato uretral, realizado a intervalos regulares e previamente estabelecidos [19].

A efetividade do tratamento com CIL em crianças portadoras de mielodisplasias repercute em: melhora e/ou estabilização do quadro urológico e minimização de infecções urinárias sintomáticas, apesar da bacteriúria assintomática ser persistente; além da possibilidade, em certas situações, na aquisição de continência urinária [22,23]. Muitos

autores referem que o tratamento urológico precoce de crianças com disfunção vésico-esfincteriana por meio do CIL proporciona grande melhora clínica [1,24,25].

Como forma de contribuir para estudos sobre assistência de enfermagem a criança com bexiga neurogênica, este trabalho tem como objetivo caracterizar crianças com mielomeningocele portadoras de bexiga neurogênica e que estão em programa de CIL, atendidas em um serviço de uropediatria de um município do interior paulista.

Materiais e métodos

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Parecer 190/2002) e consentimento da instituição e dos responsáveis legais pelas crianças, foram estudadas 23 crianças portadoras de bexiga neurogênica, atendidas no ambulatório de uropediatria de um hospital de ensino da cidade de São José do Rio Preto, SP. Foram excluídas da amostra as crianças com bexiga neurogênica, porém que executassem o autocateterismo intermitente limpo há mais de 1 ano; cuidadores que não consentiram em deixar a criança participar da pesquisa e impossibilidade de contatar o responsável durante o período de coleta de dados.

Os dados foram obtidos entre dezembro de 2002 a maio de 2004 e o procedimento metodológico utilizado foi: análise de prontuário e entrevista semi-estruturada realizada com o responsável da criança, ambas com o uso de um instrumento de coleta de dados elaborado, com dados sobre variáveis sócio-demográficas e clínicas das crianças do estudo. O tratamento estatístico empregado foi o descritivo e os dados obtidos foram agrupados e relacionados

Tabela I - Dados das crianças com bexiga neurogênica segundo sexo, freqüência à escola e tempo de tratamento urológico no serviço, relacionados à faixa etária. São José do Rio Preto, 2004.

Informes	Faixa etária (anos)					Total	
	1 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 12	13 a 14		
	N	N	N	N	N	N	%
Sexo							
Masculino	4	3	1	1	3	12	52,2
Feminino	4	1	1	5	-	11	47,8
Total	8	4	2	6	3	23	100,0
Freqüência à escola Sim:							
Pré-escola	-	-	1	-	-	1	4,4
1a Série	-	-	1	1	-	2	8,8
3a Série	-	-	-	1	-	1	4,4
4a Série	-	-	-	1	1	2	8,8
5a Série	-	-	-	1	-	1	4,4
7a Série	-	-	-	-	1	1	4,4
Escola especial (deficiência visual)	-	-	-	-	1	1	4,4
Não	8	4	-	2	-	14	60,9
Total	8	4	2	6	3	23	100,0
Criança escolar							
Nunca reprovou	-	-	-	-	-	6	66,7
Reprovou:							
1 vez	-	-	1	1	-	2	22,2
4 vezes	-	-	-	1	-	1	11,1
Total	-	-	-	-	-	9*	100,0
Tempo de tratamento urológico (anos)							
Menos de 1	3	1	1	3	1	9	39,1
1 a 3	3	3	-	-	1	7	30,4
4 a 6	-	-	1	1	-	2	8,8
7 a 9	-	-	-	1	2	3	13
10 ou mais	-	-	-	2	-	2	8,8
TOTAL	6	4	2	7	4	23	100,0

* 9 crianças apenas freqüentam a escola

com base em índices absolutos e percentuais, sendo apresentados na forma de tabelas.

Resultados

A Tabela I mostra que das 23 crianças estudadas, 52,2% eram do sexo masculino; apenas 9 (39,1%) freqüentavam a escola, entre a pré-escola e a 7ª série e uma, deficiente visual, estava em escola especial. Das 9 crianças escolares, 3 (33,3%) já tinham sido reprovadas, 2 por uma vez e 1 por quatro vezes. A maioria estava em tratamento urológico, no período de menos de 1 ano, 9 (39,1%) e 1 a 3 anos 7 (30,4%).

Nas Tabelas II a IV evidenciam-se aspectos clínicos relevantes das crianças, voltados para a classificação de dados urodinâmicos, uso de medicações, presença de disfunções associadas e acompanhamento em outras especialidades. Observa-se pela Tabela II que igual número 9 (39,1%) tinham bexiga neurogênica hiperreflexa ou arreflexa, enquanto as restantes não tinham tal registro no prontuário. Faziam uso de medicação 14 (60,9%) crianças, a maior parte (35,7%) com uso de anticolinérgico associado com outras drogas como anticonvulsivantes, polivitamínicos e laxativos. Nota-se, na Tabela III, que as crianças estudadas tinham disfunções associadas à bexiga neurogênica, como hidrocefalia 17 (73,9%); pé-torto congênito 16 (69,6%); 9 (39,1%) com outros problemas como incontinência fecal, estrabismo ou prolapso vaginal corrigido, sendo que várias crianças tinham diferentes problemas associados. Na tabela IV, constata-se que as crianças do estudo, além da uropediatria faziam acompanhamento em outras especialidades médicas, principalmente neurocirurgia 18 (78,3%); ortopedia 17 (73,9%) e fisioterapia 11 (47,8%), muitas de forma concomitante.

Valores aproximados para 100%; Outras*= Estrabismo, incontinência fecal e prolapso vaginal corrigido.

Valores aproximados para 100%; **NC:** Neurocirurgia**; NP:** Neuropediatria**; OP:** Ortopedia**; PED:** Pediatria**; OF:** Oftalmologia**; FS:** Fisiatria**; FT:** Fisioterapia**; FA:** Fonoaudiologia; **Outras**: Cirurgia pediátrica; Cirurgia plástica; Terapia ocupacional e Endocrinopediatria; * Uma criança fazia acompanhamento apenas no ambulatório de uropediatria.

Discussão

Na análise das características das crianças participantes deste estudo foi possível destacar alguns aspectos: em todas as crianças a etiologia da disfunção vésico-esfincteriana era decorrente de mielomeningocele, resultados que se assemelham a outros estudos, quanto à ocorrência desta afecção [1,20,21,26].

Tabela II - Distribuição das crianças segundo classificação da bexiga neurogênica e uso de medicação, relacionada ao nível da mielomeningocele. São José do Rio Preto, 2004.

Informes	Nível da mielomeningocele				Total	
	Lombar	Lombossacra	Sacral	Não há registro no prontuário		
	N	N	N	N	N	%
Tipo de bexiga neurogênica						
Hiperreflexa	-	2	2	5	9	39,1
Arreflexa	1	3	-	5	9	39,1
Não há registro no prontuário	1	3	-	1	5	21,7
Total	2	8	2	11	23	100,0
Uso de medicação						
Sim						
Anticolinérgico	-	1	-	2	3	13
Anticolinérgico+Antibiótico	-	1	-	2	3	13
Anticolinérgico + Outra*	-	1	-	1	2	8,8
Antibiótico + Outra*	1	2	1	1	5	21,7
Outra*	-	-	-	1	1	4,4
Não	1	3	1	4	9	39,1
Total	2	8	2	11	23	100,0

Outra*: Anticonvulsivantes, polivitamínicos e laxativos.

Com relação à freqüência escolar, 12 crianças tinham idade para freqüentar, mas 2 (16,6%) não eram matriculadas, pois eram totalmente dependentes das cuidadoras, uma por ser paraplégica e outra criança tinha dificuldade acentuada de marcha, além do que a família residia em zona rural. Entre as crianças que freqüentavam a escola, pré-escolar até a 7ª série, apenas uma (de 14 anos) estava matriculada em escola especial, por ter desenvolvido deficiência visual completa decorrente de glaucoma. Segundo sua mãe/cuidadora, esta criança freqüentou escola comum até a 5ª série e atualmente tem atividade escolar, duas vezes por semana, em esquema de aprendizagem pela técnica Braile.

Quanto ao aproveitamento escolar das crianças que freqüentavam a escola, 3 tiveram reprovações, que segundo as cuidadoras eram decorrentes de déficits cognitivo-motores e devido à necessidade de tratamento médico-cirúrgico para a correção de seqüelas derivadas da malformação congênita, o que dificultava a assiduidade e melhor aproveitamento escolar.

Em termos de tempo de tratamento urológico, comprovou-se, pela análise da literatura, a importância de tratamento cada vez mais cedo das crianças com

Tabela III - Distribuição das crianças com bexiga neurogênica, segundo a presença de disfunções associadas. São José do Rio Preto, 2004.

Freqüência= 23		Disfunções associadas								
N	%	Hidrocefalia	Ausência de sensibilidade em MMII	Luxação congênita de quadril	Pé torto congênito	Paraplegia	Deficiência visual	Dificuldade de marcha	Escoliose	Outras*
1	4,4	X	X							X
1	4,4	X		X	X				X	
6	26	X			X					
2	8,8	X	X		X					
2	8,8	X				X	X			
3	13				X			X		X
1	4,4							X		X
1	4,4	X				X				X
1	4,4	X						X		
1	4,4	X			X					X
1	4,4			X	X	X				
1	4,4	X		X	X	X				
1	4,4	X			X				X	X
1	4,4			X						X

Tabela IV - Distribuição das crianças com bexiga neurogênica, segundo acompanhamento em outras especialidades. São José do Rio Preto, 2004.

Freqüêncian= 22*		Acompanhamento em outras especialidades								
N	%	NC	NP	OP	PED	OF	FS	FT	FA	Outra(s)
1	4,5	X		X	X			X		X
2	9,1	X		X				X		
2	9,1	X		X	X			X	X	
1	4,5	X	X	X				X		
1	4,5	X			X			X	X	
1	4,5	X				X				
4	18,2	X		X						
1	4,5		X	X			X			
1	4,5	X						X		
1	4,5				X					
1	4,5	X	X		X	X		X	X	X
2	9,1	X	X	X						
1	4,5	X	X	X				X	X	
1	4,5	X	X	X		X	X			
1	4,5			X				X		X
1	4,5			X						

disfunção vésico-esfincteriana, inclusive em termos de emprego do CIL. Justifica-se a avaliação precoce destas crianças, entre 6 meses a 1 ano de idade, pelo risco de deterioração do trato urinário superior, pois nesse período parece existirem modificações vésico-esfincterianas agravantes, indicando sua ocorrência antes dos 2 anos [1,3,20-23]. Tal aspecto também foi observado na amostra desta investigação, em que o tempo de tratamento urológico, definido a partir da data de diagnóstico de disfunção até a vigência de manutenção de tratamento atual variou para 9 (39,1%) das crianças em período inferior a 1 ano, 7 (30,4%) entre 1 a 3 anos e as outras 7 (30,4%) entre 4 até 10 anos ou mais de tratamento.

Os dados clínicos das crianças foram equivalentes a outras pesquisas sobre essa temática, especificamente com relação às alterações na contração detrusora, caracterizados por hiperreflexia e arreflexia, dados que demonstraram a ineficiência da dinâmica vesical [1,2,8,16,24,27]. Além disso, notou-se que a medida terapêutica utilizada e associada ao CIL, especificamente para a prevenção de deterioração progressiva do trato urinário superior e a possibilidade de aquisição de continência urinária foi a administração de antibioticoprofilaxia e medicações anticolinérgicas, dados também encontrados em outros estudos [20-22,26,28,29].

De acordo com a literatura a ocorrência de mielomeningocele geralmente ocasiona seqüelas na criança, especialmente em termos ósteo-musculares. Nesta investigação, observou-se que apesar de haver algumas crianças com nível de acometimento medular baixo, mesmo assim apresentavam graves alterações de marcha [10,13,30]. Sobre as outras disfunções associadas à mielomeningocele, nas crianças deste estudo e também encontradas em pesquisas semelhantes, constataram-se alterações neurológicas caracterizadas pela presença de hidrocefalia (geralmente corrigida com uso de válvula de derivação liquórica) e de desenvolvimento cognitivo limítrofe, alterações ósteo-musculares como: pé torto congênito, luxação congênita de quadril associada à paraplegia e/ou dificuldade de marcha, com graus variados de paresia / parestesia nos membros inferiores [1,11,13,19,24,30].

Os autores destacam que o trabalho interdisciplinar de equipe multiprofissional é fundamental no atendimento de crianças com doenças crônicas, como a bexiga neurogênica [5,31,32]. Neste estudo, evidenciou-se os problemas clínicos que as crianças apresentavam e exigiam atendimento multidisciplinar, já que 22 (95,6%) das crianças tinham acompanhamento, além da uropediatria, em outras especialidades, principalmente na neurocirurgia, ortopedia e muitas também realizavam tratamento fisioterápico.

Conclusão

Diante das características das crianças participantes deste estudo pode-se afirmar que todas as crianças tiveram a mielomeningocele como causa para ocorrência da bexiga neurogênica; que tinham outras disfunções associadas, principalmente hidrocefalia, pé torto congênito e a quase totalidade das crianças tinha acompanhamento em outras especialidades clínicas e cirúrgicas. Os dados obtidos podem contribuir para outras pesquisas nesse contexto, além de subsidiar ações de enfermagem direcionadas a essa população.

Referências

1. Bruschini H. Alterações estruturais do trato urinário e distúrbios vésico-esfincterianos em pacientes com mielomeningocele não submetidos a tratamento prévio da disfunção urinária [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
2. Problemas urinários. In: Enfermagem pediátrica. Série incrivelmente fácil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 344-77.
3. Yamada RT, Matsuoka OT, Falcão MC, Gibelli MABC, Carignari J, Leone CR, et al. Evolução de recém-nascidos portadores de meningomielocele, segundo a idade de correção cirúrgica. Rev Paul Pediatr 2001;19(1):32-6.
4. Ryan-Harshman M, Aldoori W. Folic acid and prevention of neural tube defects. Can Fam Physician 2008;54(1):36-8.
5. Shaer CM, Chescheir N, Schulkin J. Myelomeningocele: a review of the epidemiology, genetics, risk factors for conception, prenatal diagnosis, and prognosis for affected individuals. Obstet Gynecol Surv 2007;62(7):471-9.
6. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P et al. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(12):1003-26.
7. Sakakibara R, Hattori T, Uchiyama T, Kamura K, Yamanishi T. Uroneurological assessment of spina bifida cystica and occulta. Neurourol Urodyn 2003; 22(4):328-34.
8. Tuli S, Drake J, Lamberti-Pasculli M. Long-term outcome of hydrocephalus management in myelomeningoceles. Childs Nery Syst 2003;19(5-6):286-91.
9. Ulsenheimer MMM, Antoniuk SA, Santos LHC, Ceccatto MP, Silveira AE, Ruiz AP, et al. Myelome-

ningocele: a Brazilian University Hospital experience. Arq Neuropsiquiatr 2004;62(4):963-968.
10. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. J Pediatr 2008; 84(1):9-17.
11. Álvarez López A, Puente Álvarez L, Montejo Montejo J, Moras Hernández MA. Disrafismo espinal en el niño: presentación de dos casos. Arch Med Camaguey 2006;10(1).
12. Tarcan T, Onol FF, Ilker Y, Simsek F, Osek M. Does surgical release of secondary spinal cord tethering improve the prognosis of neurogenic bladder in children with myelomeningocele? J Urol 2006;176(4 Pt 1):1601-6.
13. Glashan RQ, Lelis MAS. Terapia comportamental: uma abordagem para o enfermeiro no tratamento da incontinência urinária. Nursing 2001;(32):18-24.
14. Nijman RJM. Classification and treatment of functional incontinence in children. BJU Int 2000; 85(Supl 3):37-42.
15. Calcano Loynaz G. Alteraciones de la micción. Gac Méd Caracas 2001;109 (4): 508-513.
16. Borreli Júnior M. A bexiga do lesado medular. In: Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V, ed. Guia prático de urologia. São Paulo: Segmento; 2003. p. 249-50.
17. Lenz LL Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. ACM Arq Catarin Med 2006;35(1):82-91.
18. Koff SA, Gigax MR, Jayanthi VR. Nocturnal bladder emptying: a simple technique for reversing urinary tract deterioration in children with neurogenic bladder. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1629-31; discussion 1632.
19. Féra P, Lelis MAS, Glashan RQ. Cateterismo vesical intermitente – técnica limpa – Aspectos práticos e de enfermagem. Prat Hosp 2000;2(12):11-15.
20. Ferrara P, D'Aleo CM, Tarquini E, Salvatore S, Salvaggio E. Side-effects of oral or intravesical oxybutynin chloride in children with spina bifida. BJU Int 2001; 87: 674-77.
21. Franco I, Horowitz M, Grady R, Adams RC, Lindert K, Jong TP, et al. Efficacy and safety of oxybutynin in children with detrusor hyperreflexia secondary to neurogenic bladder dysfunction. J Urol 2005;173(1):221-5.
22. Clarke SA, Samuel M, Boddy SA. Are prophylactic antibiotics necessary with clean intermittent catheterization? A randomized controlled trial. J Pediatr Surg 2005; 40(3):568-71.
23. Schlager TA, Clark M, Anderson S. Effect of a single-use sterile catheter for each void on the frequency of bacteriuria in children with neurogenic bladder on intermittent catheterization for bladder emptying. Pediatrics 2001;108(4):71.
24. Blok BF, Karsenty G, Corcos J. Urological surveillance and management of patients with neurogenic bladder: Results of a survey among practicing urologists in Canada. Can J Urol 2006;13(5):3239-43.
25. Generao SE, Dall'era JP, Stone AR, Kurzrock EA. Spinal cord injury in children: long-term urodynamic and urological outcomes. J Urol 2004; 172(3):1092-4.
26. Snodgrass WT, Adams R. Initial urologic management of myelomeningocele. Urol Clin North Am 2004;31(3):427-34.
27. Dik P, Klijn AJ, Van Gool JD, Jong-de Vos van Steenwijk CC, Jong TP. Early start to therapy preserves kidney function in spina bifida patients. Eur Urol 2006; 49(5):908-13.
28. Canalini AF, Rubinstein I, Cavalcanti AG, Accioly PM, Javaroni V. Antibioticoterapia profilática e auto-cateterismo intermitente limpo em pacientes com bexiga neurogênica por traumatismo raqui-medular. J Bras Urol 1999; 25(2):281-84.
29. Luque MR, Martín-Crespo R, Hernández, Sánchez O, Cañizo A, Fernández A. Use of oral anticholinergic therapy in children under 1 years of age with high risk bladder. Cir Pediatr 2005;18(1):3-7.
30. Pereira J. Problemática urológica da criança com mielomeningocelo. Nursing 1997;(115):31-34.
31. Furlan MFFM, Ferriani MGC, Gomes R. O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(6):763-70.
32. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública 2003;19(4):1039-47.

Revisão

Papilomavírus humano e câncer do colo do útero - um cuidado com a saúde da mulher

Maria Cristina de Melo*, Maria Amália de Lima Cury Cunha, M.Sc.**, Josete Luzia Leite, D.Sc.***, Ana Beatriz Azevedo Queiroz****

Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, Enfermeira do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues – RJ, Enfermeira Assistencial do Hospital Geral de Ipanema , Enfermeira Assistencial do Instituto Nacional do Câncer – INCA, *** Profª Titular da UFRJ/UNI-RIO, Pesquisadora IA do CNPq, ****Profª. Adjunta do Depto. de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery /UFRJ, Diretora do NUPESM - Núcleo de Pesquisa da Saúde da Mulher /EEAN/UFRJ*

Resumo

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo traçar a importância do conhecimento do papilomavírus humano relacionado à prevenção primária do câncer de colo uterino. Constatou-se uma correlação entre conceitos e abordagens sobre esta temática, com a redução da incidência desta patologia através de ações educativas com orientações à saúde da mulher. Conclui-se que este estudo poderá contribuir para a criação de estratégias para prevenção primária e detecção precoce do câncer do colo do útero, conscientizando a população feminina sobre a importância do exame de Papanicolaou para o controle desta neoplasia.

Palavras-chave: neoplasias do colo útero, infecções por papillomavirus, prevenção primária.

Abstract

Human papilomavirus and uterine cervical cancer - A care with woman's health

This literature review revision aims to outline the importance of the papillomavirus knowledge related to the primary prevention of the cervical cancer. It shows a correlation between concepts and approaches about this theme, with this pathology incidence reduction through educative actions with orientations to the woman health. It concludes that this study can contribute to the creation of strategies for the cervical neoplasms prevention and primary detection, leading the female population to be aware about the Papanicolaou exam importance to control this neoplasia.

Key-words: uterine cervical neoplasms, papillomavirus infections, primary prevention.

Artigo recebido em 5 de outubro de 2007; aceito em 17 de janeiro de 2008.
Endereço para correspondência: Maria Cristina de Melo, Rua Xavier da Silveira, 50/704, 22061-010 Rio de Janeiro RJ, E-mail: mcrismelo4@hotmail.com

Resumen

Papilomavirus humano y cáncer de cuello uterino -un cuidado con la salud de la mujer

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo trazar la importancia del conocimiento del Papilomavirus Humano relacionado a la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. Se ha constatado una correlación entre conceptos y abordajes sobre esta temática, con la reducción de la incidencia de esta patología por medio de acciones educativas con orientaciones a la salud de la mujer. Se concluye que este estudio podrá contribuir para la creación de estrategias para prevención y detección previa de cáncer de cuello uterino, concienciando la población femenina sobre la importancia del examen de Papanicolaou en el control de esta neoplasia.

Palabras-clave: neoplasias del cuello uterino, infecciones por papillomavirus, prevención primaria.

Introdução

Este estudo está contextualizado no crescente aumento de pesquisas sobre o Papilomavírus Humano (HPV), o que indica o alto índice de mulheres infectadas e câncer do colo do útero. A relevância deste tema se deve ao seu papel oncogênico, em que estudos mostram a associação deste vírus com lesões cervicais pré-cancerosas [1].

O câncer do colo do útero, ainda hoje é considerado uma das principais causas de morte em mulheres no Brasil e no mundo. Para o ano de 2008, as estimativas da incidência apontam para a ocorrência de 18.680 novos casos e um risco estimado para 19 casos a cada 100 mil mulheres [2].

O HPV está associado com a quase totalidade dos casos de câncer cérvico-uterino e, neste sentido, considera-se a revisão de vários aspectos do papilomavírus tais como: subtipos virais, fatores de risco e tratamento, o que se tornou necessário dar um maior enfoque a esta temática. Trata-se de um assunto importante, já que tem sido observada em diversos estudos a referência da relação entre a presença de lesões precursoras de alto grau e câncer cervical em mulheres com elevada carga viral de HPV de alto risco oncogênico [3]. Os vírus com os tipos de maior risco, quando ligados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) e do câncer invasor [4].

Considerando que este tipo de tumor é apontado como um câncer evitável pela sua prolongada fase pré-invasiva e pode ser prevenido pela detecção precoce e tratamento de baixo custo para detectar lesões iniciais, sem que estas tenham adquirido as características de câncer invasivo [5].

Desta forma, a escolha deste tipo de estudo pode ser justificada pela importância em focalizar para a população feminina a prevenção e detecção precoce deste tumor por meio do exame de Papanicolaou. O interesse em pesquisas realizadas nesta área deve ser estimulado, contribuindo para a descoberta inicial desta neoplasia, pois a avaliação e o acompanhamento deste processo de infecção pelo HPV deve ser prioritário. A descoberta precoce beneficia a cliente com a cura, não havendo complicações posteriores.

Vale destacar que nos países em desenvolvimento, a taxa de incidência é maior do que nos países desenvolvidos. Neste último item, as mulheres são estimuladas a realizar o exame citopatológico quando ocorre o início da vida sexual. Porém, no Brasil, o programa de controle da doença define como prioridade a faixa etária de 25 a 59 anos de idade [6].

Compreende-se então que algumas mulheres não apresentam a atitude [7] de realizar o teste de Papanicolaou periodicamente, considerando-o desnecessário, ou mesmo, com receio em serem submetidas ao exame. Diante deste comportamento, esta infecção poderá não ter controle e, conseqüentemente, elevar o número de casos deste tipo de câncer, já que o número de resultados com lesões precursoras está aumentando consideravelmente de acordo com um estudo realizado por Borges et al. [8], o qual conclui que é elevada a prevalência do HPV com NIC.

Por isso o enfermeiro(a) deve estar inserido em atividades que possam contribuir para a educação desta mulher em se tratando da prevenção do câncer do colo do útero e doenças sexualmente transmissíveis.

O perfil epidemiológico

O câncer cérvico-uterino é também uma doença relacionada com a atividade sexual, já que esta

poderá estar relacionada com um agente sexualmente transmissível, o HPV. Variáveis como o número de parceiros sexuais e a idade precoce do primeiro coito são os mais importantes, contribuindo para o aumento da incidência [9]. O papilomavírus que está subdividido em mais de 100 tipos diferentes, como exemplos: 6, 11, 16, 18. Os tipos virais 16 e 18 estão mais relacionados com lesões malignas. Os vírus 6 e 11 são os mais causadores de condiloma acuminado [10,11].

Existem mais de 40 tipos de vírus que são agrupados em tipos de baixo risco (6, 11, 26, 42, 44, 54, 70, 73) e de alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 55, 56, 58, 59, 66, 68) para o desenvolvimento de câncer cervical uterino [12].

Utagawa [13] reitera que a iniciação sexual precoce, variação de parceiros e outras infecções como aquelas causadas por *Gardnerella vaginalis, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis* e hábitos precários de higiene também aumentam o risco de transmissão do HPV.

A infecção por vírus pode ocorrer em três formas distintas: clínica, subclínica e latente. As formas clínicas podem ser expressas sob a forma de condilomas acuminados. A subclínica pode ser suspeitada por alteração na citologia, colposcopia ou no resultado histopatológico de uma biópsia [8]. Quanto à infecção latente, não existem lesões clinicamente identificáveis ou subclínicas, sendo detectável apenas por meio de técnica molecular [5].

Graças ao grande avanço da biologia molecular, têm surgido novas possibilidades de diagnóstico precoce baseado na pesquisa viral através de novas técnicas, tais como, hibridização *in situ*, captura híbrida e PCR – Reação em Cadeia de Polimerase [14]. Porém, são considerados exames de difícil acesso, devido ao alto custo [15].

Em contrapartida, dentre os métodos de biologia molecular disponíveis, a captura híbrida II (CH II) parece ser adequada para o diagnóstico de infecção pelo HPV, pois, além de ser de fácil execução e leitura, não é influenciada por condições locais, presença de infecção, inflamação, atrofia ou sangue. A CH II permite identificar maior número de tipos virais com aumento de sensibilidade [8].

Pesquisadores brasileiros vêm trabalhando no desenvolvimento de uma vacina contra o papilomavírus humano. Os testes da vacina ainda estão em nível laboratorial, com a previsão de resultados efetivos entre cinco e seis anos [16]. No entanto, vale destacar que, recentemente, foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a comercialização da primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções causadas pelos tipos virais 6 e 11, mais comuns para condilomatose genital e os tipos virais 16 e 18, os principais para o câncer do colo do útero [2].

Diante deste cenário, este estudo tem como objetivo, traçar a importância do conhecimento do HPV e câncer do colo do útero, como prevenção primária contribuindo, assim, para a conscientização da população feminina na realização do exame de Papanicolaou. Vale ressaltar que o papel das ações de enfermagem nesta temática colaborará para o conhecimento da mulher em relação a sua saúde ginecológica.

Materiais e métodos

Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica para busca de informações sobre o tema, visando obter subsídios para o levantamento de publicações relevantes. Utilizou-se pesquisa em biblioteca, internet, artigos nacionais e internacionais sobre Papilomavírus Humano e Câncer Cérvico-Uterino entre os anos de 1992 a 2006. Realizou-se ainda consulta a textos em documentos com normas e diretrizes do Ministério da Saúde relacionados à prevenção de câncer do colo do útero. Teve como palavras-chaves: câncer do colo uterino, Papilomavírus, prevenção primária. Posteriormente, fez-se uma leitura analítica e seletiva como critério para fornecer dados referentes à temática para atender ao objetivo proposto. Em seguida, após esta etapa, pôde-se obter fundamentos consistentes para a realização desta revisão bibliográfica, abordando aspectos relacionados com a saúde da mulher sobre infecção pelo Papilomavírus Humano, prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino, além de pautar ações de enfermagem, contribuindo na redução do número de casos de câncer do colo do útero.

Resultados e discussão

Foi constatada uma convergência significativa de vários autores consultados sobre a temática estudada. A análise de variados estudos do HPV pode oferecer uma visão abrangente com abordagem de causas e tratamento desta doença sexualmente transmissível (DST). A partir das conceituações e definições, pôde-se avaliar que alguns tipos de vírus considerados oncogênicos têm importante papel no desenvolvimento

progressivo do tumor, resultando em incentivo para novas pesquisas e descobertas, com o intuito de diminuir o número de infecções por HPV e reduzir, portanto, a incidência desta neoplasia. Diante deste contexto, percebe-se que o tema abordado está sendo consideravelmente priorizado nas últimas décadas. Houve um acréscimo nas fontes de informações, com abordagens concatenadas, ampliando conceitos, redefinindo-os e contribuindo, dessa forma, para a percepção da mulher sobre a importância da realização do exame preventivo.

O exame de Papanicolaou é tido com um instrumento mais adequado, prático e de baixo custo para rastreamento do câncer do colo do útero, também denominado de colpocitologia e mais referido pela clientela como exame preventivo, além de ser a melhor medida para evitar a doença, além do uso de métodos preventivos quanto à DST [17].

Por outro lado, dentre todos os tipos de câncer, o câncer cérvico-uterino apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando próximo a 100% quando diagnosticado precocemente, sendo assim, a estratégia de prevenção primária poderá ser realizada através do uso de preservativos, já que a prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV. Em se tratando da prevenção secundária, a detecção precoce é realizada através do exame preventivo [18].

Portanto, estudos recentes usando testes pela técnica de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) demonstraram a presença do DNA do HPV em mais de 79, 7% dos casos. A literatura ilustra que está bem estabelecido que a infecção pelo HPV é o fator central e causal do câncer do colo do útero [19].

A infecção pelo Papilomavírus Humano está associada ao nível socioeconômico e cultural que são fatores que influenciam de forma direta, na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino [20]. Por isso, evidencia-se a necessidade de incentivar a população feminina para a prática da realização do teste de Papanicolaou, além de incentivar a mulher para atitudes que possam protegê-la de doenças sexualmente transmissíveis.

Confirma-se que variáveis como comportamento sexual e socioeconômico exercem papel relevante para a infecção genital pelo HPV e sugerem que o câncer derivado desta infecção poderia ser controlado com programas de ações educativas que envolvem aspectos sexuais [21].

A literatura enfoca alguns fatores relacionados com esta patologia, ressaltando os hábitos de vida, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, precárias condições de higiene. Desta forma, percebe-se que o comportamento de cada mulher favorece ou não a redução da infecção pelo HPV e propicia o aumento da incidência para esta neoplasia maligna.

Neste sentido, o estudo de Brenna et al. [22], realizado com mulheres atendidas em um serviço de oncologia ginecológica no município de São Paulo, relatou que de um total de 138 mulheres estudadas, 79% apresentavam lesões precursoras e 88% das mulheres com câncer invasivo consultavam o ginecologista apenas quando apresentavam os sintomas. Por isso, diante deste comportamento, destaca-se a importância em priorizar e intensificar a necessidade para estas mulheres na realização do preventivo, pois o papel do profissional de saúde, principalmente em se tratando do enfermeiro para medidas de prevenção, é considerado de suma importância, envolvendo o rastreamento de lesões na população sintomática e assintomática, identificando o grau das mesmas e o tratamento adequado [23].

Nesse sentido, o profissional de saúde deve estar empenhado em modificar este cenário para que a mulher, a partir de suas reflexões e atitudes, possa permitir receber o cuidado e atenção a sua saúde através da prevenção e detecção precoce da doença. A importância do conhecimento e conscientização da mulher perante os cuidados com sua saúde é fator determinante para ações como prevenção primária.

Por isso, é necessário participar do cuidado da saúde da mulher de forma precisa e segura salientando o papel do enfermeiro(a) [24] em atividades educativas para obtenção de resultados positivos em relação à detenção da infecção pelo HPV, além de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Acrescenta-se ainda que a relevância em esclarecer as dúvidas destas mulheres e lidar, muitas vezes, com tabus em relação ao câncer cérvico-uterino e infecção pelo Papilomavírus Humano é de extrema importância para criar um suporte para a prevenção deste tipo de câncer.

Conclusão

Esta pesquisa se configura como ponto de partida para reflexões mais aprofundadas acerca da importância da realização do exame citopatológico, como estratégia para detecção precoce do câncer do colo do útero. A maior aceitabilidade deste

teste permitirá diagnosticar a infecção pelo HPV e a redução significativa da mortalidade devido a este tumor.

Acrescenta-se que, partindo-se desta visão mais ampla, pode-se revelar a relevância da orientação, a ser realizada através de programas de ações educativas, que favorecerão a população feminina, como um cuidado para a saúde da mulher através da prevenção e conhecimento do conceito da doença, sugerindo que o câncer derivado desta DST possa ser prevenido, pois incutir apenas a idéia de que a solução se encontra na realização do teste Papanicolaou não se mostra suficiente, sendo também necessário realizá-lo.

Diante deste contexto, deve-se salientar a importância de estudos que explorem este assunto. Este trabalho poderá contribuir para a redução da incidência do câncer cérvico-uterino ao acrescentar conceitos e definições para que sejam implementadas ações preventivas que visem preencher esta lacuna.

Referências

1. Ministério da Saúde. Manual técnico. Prevenção do câncer do colo do útero. Brasília: MS; 2002.
2. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008 Incidência de Câncer [online]. [citado 2008 Jan 15]. Disponível em: URL: http://www.inca.gov.br
3. Conselho de Informações sobre Biotecnologia. Biotech. Informação científica sobre Biotecnologia. [online]. Cientistas põem o HPV na mira das pesquisas.[citado 2005 Dez 12] Disponível em URL: http://www.cib.org. //www.cib.org.br.
4. Ministério da Saúde. Normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer. Prevenção do câncer do colo do útero. Rev Bras Cancerol 2003,49(4):205.
5. Wright TCJ, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic scree detect cervical cancer. JAMA 2000; 283(1):81-86.
6. Castro NB, Ribeiro ME, Rodriguez IC, Carrilho C. Estudo de teste de Papanicolaou com resultado anormal em pacientes atendidas na consulta de ginecologia no Centro de Saúde Polana Caniço de janeiro 2003 a dezembro 2004 [In VII Congresso Virtual Hispanoamericano de Anatomia Patológica y I Congresso de Preparaciones Virtuales por Internet]. [citado 2005 Set 30]. Disponível em URL: http://www.conganat.org/7congresso/final/vistaImpresion.asp?id_trabajo=245.
7. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. Rev Saúde Pública 2005;39(2):270-6.
8. Borges SCV, Melo VH, Mortoza Júnior G, Abranches A, Lira Neto JB, Trigueiro MC. Taxa de detecção do papilomavírus humano pela captura híbrida II em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet 2004;26(2):105-110.
9. Villa LL. Papilomavírus humano e câncer do colo do útero. Laes & Haes 1995;47(4):57
10. National Cancer Institute. U.S. National Institute of Health. Human papillomaviruses and cancer: Questions and answers [periódico online]. [citado 2005 Dez 22]. Disponível em URL: http://www.cancer.gov/publicações.
11. Passos MRL. HPV: que bicho é esse / HPV: this is ugly? São Paulo: RQV; 2005.147p.
12. Noronha VL, Noronha R, Carmona B, Macedo LA, Cruz EM, Naum C. Papilomavírus humano (HPV) em mulheres com citologia oncótica dentro dos limites da normalidade. DST J Bras Doenças Sex Transm 2005;17(1):49-55.
13. Utagawa ML, Pereira SMM, Cavaliere MJ, Shirata NK. Lesões precursoras de câncer do colo uterino em adolescentes: impacto em saúde pública. Folha Méd 2000;119(4):55-8.
14. Carneiro SS. HPV e câncer do colo uterino. Rev Patol Trop 2004;33(1):1-20.
15. Castro TMPPG, Duarte ML. Condiloma lingual: relato de caso clínico. Rev Bras Otorrinolaringol 2004;70(4):564-68.
16. Ministério da Ciência e Tecnologia. Pesquisa científica [online]. Brasil pesquisa vacina contra HPV.[citado 2006 Mai 28]. Disponível em: URL: http://agênciact.mct.gov.br.
17. Davin RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde na cidade de Natal/RN sobre exame de Papanicolaou. Rev Esc Enfermagem USP 2005;39(3):296-302.
18. Ministério da Saúde. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama – viva mulher 2003 [online]. [citado 2006 Abr 07]. Disponível em URL: http//www.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=140.
19. Souto R, Falharin JPB, Cruz AD. O papilomavírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. Rev Bras Cancerol 2005;51(2):155-60.
20. Alporovitch D, Alporovitch SK. Diagnóstico e prevenção do câncer na mulher. São Paulo: Santos; 1992.
21. Nonnenmacher B, Breitenbach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. Rev Saúde Pública 2002;36(1):95-100.
22. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. Cad Saúde Pública 2001;17(4):909-14.
23. Derosi AS, Paim JS, Aquini E, Silva LMV. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA)1979-1997. Rev Bras Cancerol 2001;73(2):163-70.
24. Lima R, Ferreira MA. A representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ; 2005

Revisão

Uso da água no trabalho de parto e parto

Amanda Arenas Felice*, M.ariana Torreglosa Ruiz**, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, D.Sc.***

**Enfermeira, Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), **Enfermeira obstétrica, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP), ***Obstetriz, livre-docente em Enfermagem, docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)*

Resumo

A hidroterapia no parto apresenta controvérsias científicas quanto a benefícios e complicações para a mãe e para o bebê. Nesta revisão bibliográfica, verificou-se que a maioria dos autores destaca que a hidroterapia e o parto na água representam práticas seguras e eficazes, principalmente pelo efeito relaxante que produzem. Dentre os benefícios apontados estão: redução de episiotomias, da dor, de lacerações do períneo e da duração do trabalho de parto. Em relação às complicações, alguns pesquisadores alertam quanto a infecções maternas e fetais. Ante as considerações científicas, conclui-se que a hidroterapia em obstetrícia é uma prática segura desde que adequadamente usada, considerando os riscos e os benefícios relacionados. Caso a opção seja por parto na água, deve haver acompanhamento integral do trabalho de parto, estruturação ambiental, apoio emocional e presença de profissionais capacitados, além de embasamento científico. Propõe-se a realização de mais pesquisas neste contexto.

Palavras-chave: parto na água, hidroterapia, trabalho de parto.

Abstract

The use of water in the labor and birth

The use of hydrotherapy in labor presents many scientific controversies regarding benefits and complications to the mother and the baby. In this review of the literature, we found that most authors highlight that hydrotherapy and waterbirth represent safe and efficacious practices, especially due to the relaxing effect that they produce. Among the benefits, we can count the following: reduction of episiotomies, pain, perineum injuries, and labor length. Regarding the complications, some researchers call attention to the risk of maternal and fetal infections. In front of these scientific findings, it is possible to conclude that hydrotherapy in obstetrics is a safe practice as long as properly used, considering the risks and the benefits related to it. In case waterbirth is chosen, there should be throughout follow-up care of the labor process, adequate equipment and environment, emotional support and the presence of trained professionals, besides scientific background. We propose further researches in this context.

Key-words: waterbirth, hydrotherapy, labor.

Artigo recebido 23 de julho de 2007; aceito em 10 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, Rua Pará 721, 15140-000 Bálsamo SP, Tel: (17) 3264-1357, E-mail: zaida@famerp.br

Resumen

La utilización del agua en el trabajo de parto

La utilización de hidroterapia en el parto presenta controversias científicas en cuanto a las complicaciones y los beneficios para la madre y el bebé. En esta revisión de la literatura, se verificó que la mayor parte de los autores destacan que la hidroterapia y el parto en el agua representan intervenciones seguras y eficaces**,** especialmente debido al efecto relajante que producen. Entre los beneficios destacados están: reducción de las episiotomías, del dolor, de las laceraciones perineales y de la duración del parto. En cuanto a las complicaciones, algunos investigadores alertan del riesgo de infecciones maternas y fetales. Se concluye, ante las consideraciones científicas**,** que la hidroterapia en obstetricia es un tratamiento seguro a condición que sea utilizado de manera apropiada**,** tomándose en consideración los riesgos y beneficios relacionados**.** En caso de opción por el parto en el agua, se debe garantizar el acompañamiento integral del trabajo de parto**,** el ambiente y los equipamientos adecuados, el apoyo emocional y la presencia de profesionales capacitados, además de embasamiento científico. Se propone la realización de pesquisas adicionales en este contexto.

Palabras-clave: parto en el agua, hidroterapia, trabajo de parto.

Introdução

A água possui propriedades relaxantes, sendo capaz de diminuir a dor durante o trabalho de parto e parto, proporcionando conforto, e assim, permitindo que a mulher exerça maior controle sobre seu trabalho de parto e parto. A imersão do corpo na água permite à mulher em trabalho de parto desafiar as leis da gravidade, devido aos efeitos hidrocinéticos da água. Numa situação normal, a densidade específica da água é igual a 1, enquanto o valor agregado ao ser humano com os pulmões cheios de ar é 0,974 - e por isso, a maioria dos humanos flutua. Dessa forma, o corpo é mantido à tona (bóia) por uma força contrária, que age contra a força de empuxo. Assim, um corpo imerso em água parece ficar mais leve, sendo que o peso perdido é igual ao peso da água que o corpo desloca, o que faz com que mulheres flutuando em água aquecida consigam manter os músculos relaxados e sentir menos dor [1].

A imersão na água é um método seguro, fácil e rápido para redução do edema e da pressão sanguínea. Conforme o fluido é movido para o compartimento intravascular, a diurese é originada, aumentando o fluxo sanguíneo renal e a expansão do volume corpóreo. Durante a imersão, ocorre a mobilização do fluido extravascular, os níveis de renina-angiotensina-aldosterona e vasopressina diminuem, enquanto o fator natriurético atrial e a dopamina aumentam. Este mecanismo de adaptação mantém a homeostasia vascular, produz a diurese e diminui a quantidade de fluido extravascular após a imersão [1,2].

A água quente ou morna induz a vasodilatação local, causando a elevação da temperatura e o aumento da velocidade da condução nervosa, e conseqüente conforto por relaxamento muscular, pois os músculos relaxados não precisam suportar o peso do corpo. O aumento do conforto reduz a ansiedade e leva à produção de hormônios causadores de estresse, como as catecolaminas e a noradrenalina, além de aumentar a produção de ocitocina e endorfina [1-3]. Como resultado, temos a rápida estimulação do parto e evolução da cervicodilatação [1,4,5].

Ainda, o efeito da hidroterapia no trabalho de parto e parto provoca descompressão da veia cava, resultando em maior suprimento sanguíneo para o útero; promovendo contrações mais eficientes. Desta forma, a vasodilatação, que ocorre quando a mulher está submersa na água, reduz a pressão sanguínea e aumenta a freqüência cardíaca materna, ocasionando melhora na oxigenação uterina e fetal [1].

Dentre as vantagens do uso da água durante o trabalho de parto e parto são destacadas: aceleração da cervicodilatação [1,4-7]; diminuição do uso de analgesias e anestesias [6,8,9]; redução dos traumas perineais [7,8,10,11], entre outras.

Quanto aos possíveis riscos da hidroterapia e parto na água são citadas a possibilidade de infecção materna, fetal e neonatal [12]; além de problemas de termorregulação fetal [13] e aspiração de água pelo neonato [13-18].

Evolução histórica do uso da água durante o trabalho de parto e parto

Para muitos, a idéia de se utilizar a água durante o trabalho de parto e o parto pode ser considerado um tema recente; todavia, a utilização da água como um artifício para o parto advém de relatos antigos e bem

sucedidos. Há relatos de que no Egito, por exemplo, o parto na água era aplicado caso o nascimento fosse de uma criança destinada a tornar-se sacerdote ou sacerdotisa e em certas regiões, esse tipo de parto era realizado em templos sagrados, sendo considerado um procedimento sagrado e nobre. Existem também documentos que evidenciam o uso da água durante o trabalho de parto e parto dentre vários povos, como os índios do Panamá e populações de algumas ilhas do Pacífico, nas Guianas e na Mongólia [19].

Em 1805, o *Annales de la Société de Médecine Pratique de Montpellier* foi o primeiro jornal médico a publicar o relato de um parto na água, ocorrido na França. O texto relata o caso de uma mulher que estava exausta, após 48 horas de trabalho de parto, e, depois de ser colocada em uma banheira, recuperou as suas "energias" e finalmente deu a luz a uma criança saudável [20].

Durante as décadas de 1830 e 1840, mulheres americanas costumavam submeter-se a um ritual que consistia em ingerir água de fonte mineral e tomar banhos frios para prevenir partos dolorosos [21].

Em meados da década de 60, Igor Tjarkovsky, instrutor de natação e parteiro, foi quem popularizou o parto na água em Moscou. Ele desenvolveu o conceito de parto na água e iniciou suas pesquisas sobre os benefícios da hidroterapia durante o trabalho de parto e parto [1].

Em 1962, o Dr. Michel Odent, na França, notou que muitas mulheres solicitavam banhos, tanto de aspersão quanto de imersão, durante o trabalho de parto. Ele pôde então observar que para essas mulheres o uso da água no período que antecedia o parto era mais confortável, fácil, menos doloroso e mais eficiente [22].

Já em 1975, Frederick Leboyer publicou seu livro "*Birth without violence*", revolucionando as idéias de trabalho de parto e parto. Segundo Leboyer, o recém-nascido deveria ser submergido na água imediatamente após seu nascimento, com o intuito de reduzir o trauma causado pelo tradicional parto hospitalar. Ele acreditava que os recém-nascidos eram sensíveis ao ambiente ao qual estavam expostos no momento do parto e que eram capazes de interagirem com este ambiente [23].

Na década de 80, Dr.Herman Ponette, passou a oferecer o parto na água não apenas às gestantes de baixo risco, mas também para mulheres que tinham fetos com apresentação pélvica (afirmando que esses partos são mais seguros na água, uma vez que esta suporta o corpo do bebê na horizontal até o desprendimento da cabeça) e para aquelas com gestação de gêmeos, desde que os fetos estivessem a termo e tivessem baixo risco [24].

No livro "*We are all waterbabies*" encontram-se relatos sobre a atração feminina por ter seu primeiro e segundo períodos do parto dentro d'água [25].

Rosenthal [26] publicou suas experiências pessoais com partos na água na Califórnia, entre os anos de 1985 a 1990. Ele acreditava que permitir à mulher ter seu trabalho de parto e parto na água era uma modalidade eficaz e barata, sem resultados adversos. Além disso, este autor observou que quando a mulher passava o período de dilatação e de expulsão na água o controle passava a ser da mãe e de seus familiares, tornando a mulher e a família os protagonistas do parto.

Os benefícios do parto na água foram mencionados em estudo resultado de 17 anos de experiências com partos na água no hospital Henry Seruys. Obteve-se um número superior a 2.500 partos desta modalidade, sem achados de infecção, morte neonatal por aspiração de água ou complicações maternas, mostrando que os benefícios são superiores aos riscos, podendo ser considerado uma prática segura [27].

Dentre as vantagens maternas, verificou-se também que o parto na água faz com que a mulher se recupere mais rapidamente, em virtude de não serem necessárias muitas intervenções, como por exemplo, o uso rotineiro de episiotomias e dentre outras vantagens destacou-se também a redução do número de lacerações perineais [24].

As controvérsias sobre a hidroterapia e o parto na água

As controvérsias que cercam o tema em questão relacionam-se a potenciais complicações [28] e afirmativas de ser uma modalidade terapêutica segura tanto para a mãe quanto para o bebê [6]. Assim, são abordados a seguir dados de autores sobre a hidroterapia e parto na água quanto à infecção neonatal e materna; trauma perineal e episiotomia; duração do trabalho de parto, alívio da dor e condições do neonato.

Infecção neonatal e materna

Fehervary *et al.* [29] realizaram um estudo comparativo com 34 bebês nascidos na água e 26 be-

bês nascidos de parto convencional – com utilização da hidroterapia durante o 1º período do parto, em relação a 36 bebês nascidos de parto convencional, sem utilização da água durante o trabalho de parto. Na análise do índice de infecção, realizaram coleta de *swabs* com material do ouvido e da garganta das crianças, obtendo resultados que mostraram que as diferenças não foram significantes no grupo de recém-nascidos de parto na água, pois as bactérias encontradas foram as residentes da flora vaginal nos *swabs* tanto de ouvido quanto de garganta, em ambos os grupos. Dentre as bactérias cultivadas com maior freqüência nos três grupos destacaram-se: *Staphylococcus epidermidis*, *E. coli* e enterococos; as bactérias isoladas menos encontradas foram *Proteus* spp e *Citrobacter* spp (bactérias fecais) e não se constatou nas amostras a presença de *Pseudomonas aeruginosa*, que poderia ser proveniente do sistema hidráulico da instituição [29].

Em estudo realizado em Vipiteno, na Itália, em 300 mulheres que tiveram parto na água, encontrou-se evidências de concentrações de coliformes fecais e *E. coli* acima de 10^5 UFC/100 ml nas amostras de água coletadas e a presença considerável das seguintes bactérias: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Cândida spp*. Entretanto, a presença destas bactérias não aumentou a incidência de infecção neonatal no grupo de parto na água, se comparado ao grupo de parto convencional. Também não foi observada elevação nos índices de infecção materna e de problemas relacionados à cicatrização perineal. Em suma, observou-se que, mesmo tendo as fezes maternas e a própria água presença de microorganismos potencialmente patogênicos, estes não foram capazes de aumentar o risco de infecção neonatal e materna. Conclusões semelhantes foram consideradas por Geissbuehler, Stein & Eberhard [8], que também não encontraram diferenças significativas no número de infecções maternas, quando compararam o parto na água com o parto convencional.

Trauma perineal e episiotomia

Alega-se que mulheres que se submetem ao parto na água têm 1,5 vez mais chances de sofrer algum tipo de trauma na região perineal e 5 vezes menos chances de terem episiotomia, sendo observado que a integridade perineal é mais freqüente em primíparas. Tal fato deve-se à dificuldade em proteger o períneo, resultando em aumento do número de traumas perineais, porém as mesmas foram preservadas das episiotomias [6].

Após a observação de 1925 partos na água [11], verificou-se que as episiotomias são geralmente desnecessárias, realizando-se só 6 episiotomias no parto na água, pela difícil execução. Ao contrário do que se poderia imaginar, esta redução relevante nos índices de episiotomias não gerou aumento do número de traumas perineais, pois o períneo permaneceu íntegro em 57% das primíparas que tiveram parto na água, contra 36% das que tiveram parto convencional. Resultados semelhantes foram encontrados em outro trabalho do mesmo autor, desta vez com 1600 partos na água [7].

Geissbuehler [8] realizou uma pesquisa comparativa entre partos realizados na água e de forma convencional, verificando que entre os partos na água, existia uma quantidade significante de períneos íntegros, lacerações de 1º e 2º graus, principalmente nas regiões da vulva, grandes lábios e fúrcula vaginal; ao passo que no outro grupo, foram observadas mais episiotomias e lacerações de 3º e 4º graus. Sobre as lacerações perineais, Leveno [30] explica que são definidas como: **1º grau** quando "envolvem a fúrcula, a pele perineal, a mucosa vaginal, sem comprometer a fáscia e os músculos subjacentes"; **2º grau** quando envolvem pele, mucosa, a fáscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter anal", **3º grau** quando "se estendem através da pele, da mucosa e do corpo perineal, envolvendo o esfíncter anal" e **4º grau** quando "se estendem através da mucosa retal e expõe o lúmem do reto".

A partir dos achados apresentados pelos estudos descritos, observa-se que o parto na água reduz o índice de episiotomia, mas há mais lacerações perineais em relação ao parto convencional, apesar das lesões serem de menor extensão, com menor comprometimento do assoalho perineal. Ressalta-se a dificuldade de proteger o períneo com a mulher na banheira, mas é dever de quem conduz o parto, buscar realizar a proteção do períneo, promovendo a expulsão fetal de forma lenta e progressiva, evitando assim os traumas perineais.

Duração do trabalho de parto

Em estudo com 301 mulheres a água mostrou-se capaz de reduzir o tempo de duração do trabalho de parto, constatando que o efeito relaxante da água, diminui a incidência de trabalho de parto

disfuncional, que ocorre com maior freqüência em primíparas [6].

Dois outros trabalhos mostraram resultados semelhantes. Ambos demonstraram que primíparas que fizeram uso da água durante o trabalho de parto tiveram menor duração do mesmo quando comparados aos resultados obtidos com multíparas submetidas à mesma situação. A água mostrou-se benéfica na redução do tempo de trabalho de parto, principalmente quando utilizadas em primíparas, por seu efeito relaxante, reduzindo o estresse do trabalho de parto, mas são sugeridos novos estudos neste contexto, com vistas a avaliar o efeito da hidroterapia e sua relação com a paridade e ansiedade [7].

Alívio da dor

Observou-se que o trabalho de parto e parto na água reduz a necessidade de analgesia (apenas 1,3% das mulheres que teve seu trabalho de parto na água utilizou este recurso contra 57% das mulheres que tiveram seu trabalho de parto de forma convencional). Contudo, é enfatizado que as mulheres que se submeteram ao parto na água tiveram apoio em tempo integral de obstetriz, estando a parturiente já familiarizada com esta profissional [6].

Outro estudo verificou que, entre as mulheres do grupo de parto na água (n = 3617), 69,7% não fizeram uso de analgésico, ao passo que, no grupo de parto convencional (n = 5901), 58% não utilizaram analgesia de parto. Quanto ao índice de anestesia, apenas 0,2% das mulheres do primeiro grupo a utilizou contra 6,6% das mulheres do segundo grupo [8]

Cluett *et al.* [9] em revisão sistemática da literatura concluiu que a utilização da água durante o trabalho de parto reduz a dor materna e com isso, o uso de analgesia e anestesia, mas ressalta a importância de mais estudos e pesquisas neste enfoque.

Condições do neonato

Na literatura existem relatos de crianças nascidas na água, que aspiraram água no momento do nascimento [13-18], no entanto, o único fator capaz de aumentar ou diminuir os mecanismos de proteção do feto, particularmente o *diving reflex* (reflexo de imersão na água que pode causar vasoconstrição periférica e redução do fluxo periférico do sangue), é a acidose intra-uterina. Explica-se que o *diving reflex* é controlado por estruturas cerebrais primitivas, sendo responsável por impedir que o recém-nascido aspire água. Quando ocorre o primeiro contato com o ar, os receptores faciais são estimulados e o reflexo é inibido. O pico de eficácia do *diving reflex* é atingido nas últimas semanas de vida intra-uterina (fetos a termo) e desaparece cerca de 4 meses após o nascimento [31,32].

Com relação ao índice de Apgar, que avalia o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, Eckert *et al.* [33] não encontraram diferenças significantes nos índices de crianças cujas mães foram submetidas à hidroterapia e aquelas que receberam tratamento convencional. O escore de Apgar baseia-se na observação da freqüência cardíaca, do esforço respiratório, do tono muscular, da irritabilidade reflexa e da coloração, portanto, reflete a condição geral do recém-nascido com 1 e 5 minutos baseado nos parâmetros acima. Entretanto, o índice de Apgar não é empregado para determinar a necessidade de ressuscitação do recém-nascido no momento do nascimento [34].

A hidroterapia no trabalho de parto e parto representa uma das práticas humanizadoras preconizadas atualmente, muito utilizada por enfermeiros obstetras para a diminuição dos desconfortos no trabalho de parto e parto, com resultados que revelam diminuição dos períodos de dilatação e expulsão do parto, melhores condições de relaxamento da parturiente a aumento da ocorrência de partos normais [35-38].

Conclusão

Com base na literatura pesquisada sobre o assunto, constata-se que a hidroterapia no trabalho de parto e o parto na água são modalidades terapêuticas que exigem poucas intervenções, permitindo que a mulher tenha liberdade de movimentos e sinta-se mais segura e relaxada. Entretanto, deve-se propiciar condições ambientais adequadas, com ambiente tranqüilo, acolhedor, com empatia entre a mulher, a protagonista do processo, e a equipe obstétrica ou profissional que conduzirá todo seu trabalho de parto.

Para que um parto na água seja bem sucedido é preciso avaliação rigorosa da mulher, feita periodicamente durante todo o trabalho de parto, com vigilância contínua. Tanto os benefícios quanto os riscos devem ser informados, sendo a escolha da mulher.

A partir dos dados apresentados pelos estudos analisados constatou-se que a hidroterapia e o parto

na água, mostraram-se como prática segura, quanto ao risco de infecção materna e neonatal, com vários benefícios para a parturiente. No entanto, de modo a fortalecer os achados científicos sobre este assunto há necessidade de mais estudos e pesquisas sobre esta temática, a fim de ratificar ou retificar os dados já existentes, permitindo maior difusão desta prática no meio obstétrico, se os benefícios forem confirmados.

Referências

1. Mackey MM. Use of water in labor and birth. Clin Obstet Gynecol 2001;44(4):733-49.
2. Cammu H, Clasen K, Van Wettere L, Derde MP. 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;(73): 468-72.
3. Ginesi L, Niescierowicz R. Neuroendocrinology and birth 1: stress. British Journal of Midwifery 1998;14(1):30-6.
4. Gerland DJ. Waterbirths: supporting practice with clinical audit. MIDIRS Midwifery Digest 2000;10(3):333-6.
5. Geissbuehler V, Eberhard J. Waterbirths a comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. Fetal Diagn Ther 2000;15(5):291-300.
6. Otigbah CM, Dhanjal MK, Harmsworth G, Chard T. A retrospective comparison of water births and convencional vaginal deliveries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;(91):15-20.
7. Thöni A, Zech N, Moroder L, Ploner F. Review of 1,600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection? J Matern Fetal Neonatal Med 2005;17 (5):357-61.
8. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. J Perinat Med 2004;(32):308-14.
9. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labor and birth (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2): CD000111.
10. Alderice F, Renfrew M, Marchant S, Ashurst H, Hughes PM, Barridge G et al. Labor and birth in water in England and Wales: survey report. British Journal of Midwifery 1995;3(7):376-82.
11. Burns E. Waterbirths. MIDIRS Miwifery Digest 2001;11(3):S10-3.
12. Hawkins S. Water versus convenctional birth: infections rates compared. Nurs Times 1995;91(15):38-40.
13. Johnson P. Birth under water – to breathe or not to breathe. Br J Obstet Gynecol 1996;103(3):202-8.
14. Gilbert RE, Tookey PA. Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. BMJ 1999;(319):483-7.
15. Rosser J. Is water birth safe? The effects behind the controversy. MIDIRS Midwifery Digest 1994;(4):4-6.
16. Barry CN. Water births: Could saline in the pool reduce the potential hazards? BMJ 1995;(310):1602.
17. Nguyen S, Kuschel C, Teele R, Spooner C. Water birth – a near-drowning experience. Pediatrics. 2002;110(2pt1): 411-3.
18. Kassim Z, Sellars M, Greenough A. Underwater birth and neonatal respiratory distress. BMJ 2005;(330):1071-2.
19. Licky R, Herzberg E. The waterbirth hand-book. Bath: Gateway Books; 1993.
20. Embry M. Observations sur un accouchement termine dans le bain. Les Annales de la Societe de Medicine Pratique de Montpelier 1805;(53):185-91.
21. Wertz W, Wertz C. Lying-in: A history of childbirth in America. New York: Schocken Books; 1979.
22. Odent M. Birth reborn. New York: Phanteon Books; 1984.
23. Leboyer F. Birth without violence. London: Mandarin; 1975.
24. Ponette H. Water births: My experience of 1,600 water births, including breeches and twins. Issued from the study center for perinatal epidemiology. Acquarius 1996; (1):1-9.
25. Johnson J, Odent M. We are all waterbabies. London: Dragon's World; 1994.
26. Rosenthal M. Warm water immersion in labor and birth. Female Patient 1991;(16): 44-51.
27. Tuner RG, Tuner GN. Birth in the 21st century. Midwifery Today 2000;(54):19-20.
28. Pinette MG, Wax J, Wilson E. The risks of underwater birth. Am J Obstet Gynecol 2004;(190):1211-5.
29. Fehervary P, Lauinger-Lörsch E, Hof H, Melchert F, Bauer L, Zieger W. Water birth: microbiological colonization of the new born, neonatal and maternal infection rate in comparison to conventional bed deliveries. Arch Gynecol Obstet 2004;270 (1): 6-9.
30. Leveno KJ, Cunnigham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom AL, Casey BM, et al. Manual de obstetrícia de Williams. 21ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
31. Eldering G, Selke K. Waterbirth – A possible technique of childbirth? A retrospective study of 1,000 subaqueous deliveries. Geburtsh Frauenheilk 1996; (56): 670-6.
32. Odent M. Birth under water. Lancet 1983;(146):1476-7.
33. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. Birth 2001;28(2):84-93.
34. Wong DL. Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
35. Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. Rev Bras Enfermagem 2002; 55(4):444-8.
36. Butler J. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1993;168(5):407-13.
37. Simões SMF, Conceição RMO. Parto humanizado: significados para a mulher. Enfermagem Brasil 2005;4(1):11-17.
38. Soler ZASG. CEHPAN: Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento - uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.

Revisão

Prevenção da saúde bucal do idoso: interação paciente - equipe de enfermagem

Erika Oliveira de Almeida*, Amílcar Chagas Freitas Júnior*, Rosse Mary Falcón Antenucci*, Eulália Maria Martins da Silva**

**Curso de Odontologia com área de concentração em Prótese Dentária da FOA,UNESP, **Professora Adjunta de Odontogeriatria da FOA/ UNESP*

Resumo

O impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significantemente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Portanto, este trabalho de revisão bibliográfica tem por objetivo orientar os pacientes idosos e seus cuidadores na prevenção de sua saúde bucal, a fim de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos. A condição clínica do idoso é que dirá os meios de que podemos lançar mão para sua correta e eficaz higienização. Nos pacientes sem condições de realizar o autocuidado, é indispensável o auxílio dos cuidadores, dentre eles as enfermeiras são as mais capacitadas.

Palavras-chave: saúde bucal, idosos, prevenção e controle.

Abstract

Oral health prevention of the aged: patient - nursing team interaction

The impact of oral health in the quality of life and the welfare of elderly people reveal that functional, social and psychological aspects are significantly affected by an unsatisfactory oral health condition. Therefore, this literature review aims at guiding the aged patients and their caregivers in the prevention of oral health, in order to improve the quality of life of these individuals. The clinical examination of elderly patients will report the correct and efficient oral hygienic cleaning. In patients without conditions to carry out self-care, caregivers aid is indispensable, among them, the nurses are more qualified.

Key-words: oral health, aged, prevention and control.

Artigo recebido em 14 de novembro de 2007; aceito em 17 de janeiro de 2008.
Endereço para correspondência: Erika Oliveira de Almeida, Rua José Bonifácio, 1520, casa D, Jardim Paulista, 16060-050 Araçatuba SP, Tel: (18)3622-7227, E-mail: erikaunesp@gmail.com

Resumen

Prevención de la salud bucal del anciano: interacción paciente - equipo de enfermería

El impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida y en el bienestar del paciente anciano revela que los aspectos funcionales, sociales y psicológicos son significativamente afectados por una condición bucal insatisfactoria. Por lo tanto, este trabajo de revisión bibliográfica tiene por objetivo orientar a los pacientes ancianos y sus cuidadores en la prevención de la salud bucal, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos individuos. La condición clínica del anciano nos indicará los medios que podemos utilizar para su correcta y eficaz higienización. En los pacientes sin condiciones de realizar un autocuidado, es indispensable el auxilio de los cuidadores, y entre ellos las enfermeras son las más capacitadas.

Palabras-clave: salud bucal, ancianos, prevención y control.

Introdução

O fenômeno do envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida humana ocorrem como resultado de uma série de avanços como saneamento das águas de abastecimento público, controle da natalidade, diminuição da mortalidade infantil, progressos na medicina e estilo de vida mais saudável [1].

Contudo, a prevalência das doenças bucais, como a cárie, a doença periodontal e o câncer não têm melhorado significativamente neste grupo etário em questão. Os resultados de estudos de levantamento epidemiológicos em idosos revelam níveis precários de saúde bucal com grande quantidade de dentes cariados, sextantes com doença periodontal e necessidades de uso de próteses [2-5].

Um dos grandes desafios para a atenção ao idoso advém do fato de que quanto mais envelhecem, mais diferentes se tornam. O grupo de indivíduos com histórias biológica, psicológica e social distintas em uma mesma faixa etária resulta em uma grande heterogeneidade de características e demandas. Portanto, o atendimento a esses pacientes requer uma atenção especial e individual, que inviabiliza e exclui qualquer abordagem universal.

A participação do cirurgião dentista e do técnico em higiene bucal ainda não é muito efetiva nas equipes de assistência ao idoso. A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é muito rara [6]. Um dos fatores para esta falta de assistência é a formação destes profissionais com uma visão tecnicista, que privilegia o enfoque de especialistas, levando-o a sugerir planejamentos mais complexos e não priorizar aquilo que, de fato, o paciente precisa e pode realizar, que é a higiene bucal.

Estudos sobre o impacto das condições na qualidade de vida e do bem estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significantemente afetados por uma condição bucal insatisfatória [7]. Pessoas idosas constituem um grupo de alto risco para inúmeros danos na saúde bucal, que afetam a saúde geral, interferindo na qualidade de vida destes. Além disso, a mudança bucal que está ocorrendo nos idosos é outro fator a ser considerado dentro da necessidade de maiores cuidados com estes pacientes. Apesar de altos índices de edentulismo ainda presentes, principalmente nos países menos desenvolvidos como o Brasil, em grande parte do mundo há tendência de maior preservação dos dentes naturais pela população que está envelhecendo [8,9].

Muitos indivíduos idosos não possuem condições físicas, psicológicas ou mentais para execução de sua própria higiene, portanto necessitam do auxílio dos cuidadores, que comumente são auxiliares de enfermagem, familiares ou até indivíduos leigos em relação à área de saúde.

Na prática, a higiene oral é uma atribuição da equipe de enfermagem, tanto no Brasil como nos demais países [10,11]. É dela a responsabilidade de garantir o cuidado cotidiano de higiene e conforto para estes pacientes especiais. Entretanto, observa-se que, muitas vezes, elas apresentam conhecimento limitado sobre a saúde oral [11], sendo freqüente a falta de priorização deste conhecimento na sua formação acadêmica e profissional.

As finalidades da higiene oral podem ser classificadas em gerais e específicas. As finalidades gerais incluem a prevenção de cáries dentárias, halitose, doença periodontal, infecções bucais, digestivas e respiratórias. As finalidades específicas dependem do nível de dependência do idoso. Naquelas pessoas

impossibilitadas de realizar o autocuidado, deve-se realizar o procedimento para prevenir o acúmulo de secreções e a formação de crostas. No caso de paciente entubado, deve-se manter a cavidade oral limpa, evitar a contaminação da traquéia, proporcionar conforto ao paciente e prevenir a formação de úlceras e lesões de mucosa [12].

O objetivo desta revisão de literatura foi identificar os aspectos relacionados à prevenção da saúde bucal de pacientes idosos, com o intuito de orientar esta parcela da população, como também a equipe de enfermagem, na área de prevenção da saúde bucal, a fim de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, na perspectiva da interdisciplinaridade.

Materiais e métodos

A presente revisão de literatura foi realizada utilizando os indexadores OldMedline e Medline database, no período de 1964 a 2007, cruzando os termos *bucal health, elderly*. Para avaliação da literatura nacional, o indexador BBO foi utilizado. Neste, os termos *prótese total* e *insucessos* foram pesquisados entre o período de 1996 a 2007.

Foram encontrados 65 artigos, sendo que inicialmente nenhum critério de exclusão foi realizado. Após leitura do título e resumo dos mesmos, apenas 25 artigos foram selecionados, já que esses apresentavam uma maior correlação com o objetivo do presente trabalho. Foram utilizados 11 livros nacionais e internacionais.

Discussão

A condição clínica do idoso é que dirá os meios de que podemos lançar mão para sua correta e eficaz higienização [12].

Para pessoas capazes de realizar o autocuidado, indicam-se escovas de dente, geralmente macias e retas, devendo ser trocadas em média a cada 2 meses; escovas interdentais e fios dentais, principalmente para usuários de próteses [12]. A utilização destes meios mecânicos é bastante clássica na literatura como recursos mais eficientes e seguros utilizados para a higiene oral [13-15].

Pacientes com deficiência motora devem utilizar as escovas elétricas e associar com fio dental com suporte. Existem ainda escovas com cabos anatômicos que auxiliam na empunhadura dos pacientes com artrite em graus mais brandos ou que sofreram um acidente vascular cerebral. O uso de fio dental nestes pacientes é indispensável por apresentarem uma maior incidência de cáries radiculares, diminuição do fluxo salivar e maior propensão à hiperplasia gengival, pela presença de placa e uso acentuado de medicamentos [12].

A escovação requer o emprego de técnicas adequadas considerando entre outros fatores a idade do paciente [16-19]. É interessante orientar o idoso para que adentre profundamente a intimidade sulcular nas faces vestibular e lingual de todos os dentes, principalmente nos posteriores, geralmente os mais negligenciados durante toda a vida [20].

Os dentrifícios e as soluções para bochecho deixaram de ter uma posição coadjuvante no ato da escovação para assumirem um papel preventivo de importância inquestionável [21-24]. Os dentifrícios fluoretados têm uma significativa ação cariostática, que aumenta com o passar dos anos de uso [5].

Para pessoas impedidas de realizar o autocuidado, como pacientes acamados, porém conscientes, solicita-se que a higiene seja realizada pelo cuidador com o paciente sentado, se possível, com o auxílio de uma toalha no tórax e cuba rim próxima ao rosto para que a água escorra sobre ela no momento do enxágüe bucal. No caso de pacientes inconscientes, recomenda-se que o cuidador utilize uma ou mais espátulas para auxiliar na abertura bucal e que a higienização seja realizada com um *Swab* (espátula envolta com algodão, semelhante ao cotonete) umedecido com creme dental [25,26].

Nos pacientes entubados, as enfermeiras devem prevenir a infecção respiratória, limpando as cânulas de Guedel e endotraqueal quando utilizadas. Caso haja conteúdo gástrico, deve-se insuflar água bicarbonada pelo orifício da cânula com o auxílio de uma seringa e realizar aspiração em seguida. Evitar que alguma solução penetre na traquéia durante a higienização e garantir que toda a secreção foi removida [26,27].

Todos os dispositivos de higiene oral somente se reverterão em meios eficazes na eliminação e controle da placa bacteriana quando utilizados adequadamente [5]. No entanto, os programas de promoção de saúde bucal do idoso devem considerar durante o seu planejamento as alterações inerentes à terceira idade no que se refere às modificações orgânicas, físicas e de comportamento [28].

Em relação às glândulas salivares, ocorre um processo de degeneração avançada, responsável pela atrofia e fibrose das estruturas glandulares. Isto irá provocar a diminuição da quantidade e viscosidade

da saliva secretada, especialmente em repouso. A mucosa também reflete numerosos processos de envelhecimento. Nas regiões onde há ceratinização normal do epitélio, dá-se um espessamento com a senescência, associado à redução da espessura da camada basal. Nas áreas onde não há ceratose, o epitélio senil será delgado, tornando-se mais vulnerável ao trauma. Além disso, ocorre diminuição dos capilares periféricos, alterando toda a vascularização e trocas metabólicas [29].

Grande parte da população não tem o hábito de higienizar a língua, porém é de fundamental importância a remoção da saburra lingual, que está relacionada com pneumonia aspirativa, mau hálito e não percepção do gosto dos alimentos [30].

Apesar de alguns estudos sugerirem que a presença e severidade da doença periodontal possa contribuir para o mau hálito [31], outras investigações têm demonstrado que ele não esta associado à periodontite [32] e, entretanto, outros acreditam que existe uma correlação entre o mau hálito e a quantidade de saburra na língua [33].

Existem 2 tipos básicos de limpadores linguais no mercado brasileiro. Os raspadores linguais, que possuem um afinamento em sua ponta ativa, por isso devem ser usados com cautela em pacientes sem papilas linguais, pois podem remover uma camada superficial do epitélio lingual e os higienizadores linguais, que possuem sua extremidade totalmente arredondada e polida, não causando dano ao epitélio e papilas. Na verdade, existe um conflito de nomenclatura entre estes limpadores, devendo o profissional verificar o produto detalhadamente antes de indicá-lo. Dentre os mais utilizados no mercado, temos: o limpador de plástico com escova de dente, plástico econômico, plástico com escova de língua, higienizador metálico, laminado [30].

Estudos concernentes aos limpadores linguais acreditam que a sua importância primordial está não só na higiene lingual como em sua participação na qualidade de vida do idoso de uma forma complementar, mas não menos significativa. Além disso, a limpeza da língua, particularmente nos pacientes acamados e idosos, em geral, mostrou-se como medida necessária; a grande presença bacteriana nesta região parece ser fator significativo na contaminação pulmonar, muito freqüente nesta faixa etária. O limpador lingual se mostra como um meio complementar de limpeza bucal muito eficiente na terceira idade; seu uso deve ser difundido entre todos os envolvidos com os cuidados de saúde com pacientes idosos e de todas as faixas etárias [30].

Idosos usuários de prótese dentária necessitam de um cuidado específico de higienização. Deve ser estimulada a higienização dos rebordos, mesmo em usuários de próteses totais removíveis ou próteses sob implante removíveis (overdentures), pois há um acúmulo de restos alimentares que irá, com o passar do dia, acumular-se nos dentes remanescentes, principalmente em pacientes com xerostomia. As próteses devem ser limpas em uma pia contendo água para evitar que se quebrem ao caírem. Após cada refeição, as próteses devem ser removidas e higienizadas obrigatoriamente e à noite devem ser removidas para não sobrecarregar o rebordo [34].

Escovas especiais aumentam a eficiência da limpeza dentro dos grampos das próteses parciais removíveis ou nas selas de acrílico. Não existe um consenso acerca da solução mais adequada para higiene das próteses. Alguns autores recomendam o creme dental [20], outros, o sabão de pedra, sabão de coco ou detergente líquido neutro [35]. Pós e cremes adesivos devem ser indicados com cautela, pois podem induzir a reabsorção óssea, favorecer o acúmulo de bactérias pelo acúmulo de alimentos, podendo gerar problemas em dentes remanescentes [20].

Os produtos auxiliares para limpeza das próteses com pastas abrasivas, vinagre, bicarbonato devem ser evitados, pois podem interagir com a resina acrílica. O uso do hipoclorito de sódio também é controverso. Alguns autores contra-indicam sua utilização [20], outros, indicam que as próteses sejam imersas na água com hipoclorito de sódio (1 colher de sopa) por 10 minutos, 1 vez por semana [35].

Foi realizado um estudo comparando a limpeza da prótese parcial removível com o dentrifício e escova; imersão em perborato de sódio e escovação com digluconaco de clorexidina a 2%. Concluíram que nenhum dos métodos eliminou totalmente a placa, porém a associação da escova com a clorexidina apresentou maior eficiência [36].

As próteses parciais removíveis devem ser removidas à noite para não sobrecarregar a mucosa, e podem ser armazenadas em um recipiente com água e bicarbonato de sódio [36]. Além do alívio causado aos dentes de suporte e seus ligamentos, deve-se considerar que os pacientes que utilizam as próteses somente durante o dia apresentam, em geral, menores índices de reabsorção óssea e meno-

res números de lesões nos tecidos moles, quando comparados àqueles com prótese semelhante na confecção e adaptação, porém não removidas no período noturno [20].

Entretanto, casos de bruxismo, de poucos dentes suporte debilitados periodontalmente, casos de reconstrução oclusal em determinada DVO, podem requerer a utilização das próteses no período noturno [20].

Alguns autores afirmaram que o acesso à saúde oral e o cuidado com os pacientes é altamente negligenciado na prática de enfermagem. Intervenções cirúrgicas realizadas pelas enfermeiras na prática da higiene oral não devem ser realizadas apenas em pacientes que fazem parte do grupo de risco, mas em todos os pacientes, seja no hospital ou na residência, pois eles apresentam alteração de sintomatologia oral que refletem na saúde geral, na interação medicamentosa e em traumas. Consideram que as enfermeiras necessitam de maior educação em relação aos cuidados com a saúde oral [11].

Entretanto, outros autores consideram que a ineficiência da higiene oral não está ligada à indisponibilidade de informações por parte do enfermeiro, mas aos demais fatores como número diminuto de integrantes nas equipes e sobrecargas destes, custo do material, desvalorização por parte do idoso e fatores culturais [12].

Abordou-se as ações odontológicas na promoção à saúde, prevenção de morbidades e reabilitação, como parte integrante de um plano comum para o bem estar dos idosos nas suas dimensões biológicas, psicológica e social. Existe a necessidade de maior troca de informações entre os aspectos da saúde bucal e da saúde geral, a fim de integrar as diversas áreas. Na área da odontologia, é necessária a formação de recursos humanos capacitados em odontogeriátria para o atendimento especializado ao idoso, principalmente aos indivíduos com incapacidade. Deve-se buscar um conhecimento interdisciplinar para o atendimento ao idoso e compreensão de seu processo de envelhecimento, para enxergar-se a singularidade de cada caso [6].

Conclusão

Com base nos artigos consultados, pode-se enfatizar a importância da higiene bucal nos pacientes da terceira idade. Estes pacientes necessitam de cuidados integrados para melhorar sua saúde bucal e conseqüentemente a qualidade de vida.

Os cirurgiões dentistas devem estar conscientes da necessidade de maior orientação para os pacientes geriátricos e, principalmente, aos seus cuidadores.

Como a atuação dos técnicos de higiene bucal ainda não é tão efetiva, necessitando de mais incentivo para sua atuação, fica totalmente relegada aos cuidadores uma atenção integral e redobrada com a prática da higienização nos pacientes debilitados e incapazes de realizar seu autocuidado, sendo fundamental a atuação da equipe de enfermagem nesta interdisciplinaridade.

Referências

1. Barnes IE, Walls A. Gerondontology. London: Wright; 1994.
2. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. Rev Gauch Odontol 1993;41(2):97-103.
3. Pereira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. Robrac 1999;8(26):17-21.
4. Meneghim M, Saliba NA. Condição de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP: 1998. Rev Pos Grad 2000;7(l):7-13.
5. Melo NSFO, Seto EPS, Germann ER. Medidas de higiene oral empregadas por pacientes da terceira idade. Pesq Bras Odontop Clin Integrad 2001; 1(3):42-50.
6. Shinkai, RSA, Del bel curry, AA. The role of dentistry in the interdisciplinary team: contributing to compreensive health care for the elderly. Cad Saúde Pública 2000;16(4):1099-1109.
7. Locker D, Slade G. Oral health and quality of life among older adults: the oral health impact profile. J Can Dent Assoc 1993;9:830-38.
8. Kunzel W. Conceptual demands of oral health care for the elderly. In: Kunzel W, ed. Geriatric Dentistry in Eastern European Countries. Chicago: Quintessence; 1991. p. 11-33.
9. Rutkauskas JS. The Dental Clinics of North America. Clinical decisions- making in geeariatric dentistry. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.
10. Brasil. Lei nº 7. 498, de 25 de junho de 1986, que dispõem sobre exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 1986.
11. White R. Nurse assessment of oral health: a review of practice and education. B J Nurs 2000;9(5)260-6.
12. Creuzberg M, Padilha D, Ricalcati CS, Meira FS. Interfaces of geriatric nursing and dental care. Online Braz J Nurs 2004;3(3).
13. Ferraz C, Gomes CAS, Gomes R, Abi Rached RSG, Toledo BEC. Controle mecânico da placa bacteriana com escovas convencionais e unitufo. Rev Assoc Paul Cir Dent 1987;41(4):206-09.
14. Lacaz Netto R, et al. Controle de placa dentária. Rev Gauch Odontol 1987; 35(4):259-63.

15. Milanezi LA, Nagata MJH, Pescinini LM, Lacerda JR. Uso de agentes de limpeza dentária. Rev Gauch Odontol 1994;42(2):101-4.
16. Rieth P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Barcelona: Salvat; 1990.
17. Todescan JH. Prevenção - uso e costumes da higiene bucal – III. Rev Assoc Paul Cir Dent 1991;45(6):641-6.
18. Rigueira I. Fundamentos de Periodontia: morfologia, prevenção e terapêutica aplicada. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
19. Chambrone L. Abordagem preventiva: 14 anos de acompanhamento. Rev Assoc Paul Cir Dent 1996;50(2):59-64.
20. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatria: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
21. Weyne S. Métodos para prevenção da carie (II): higiene oral. Rev Bras Odontol 1986;43(6):58-62.
22. Vono AZ, et al. Influência de bochechos com cepacol sobre a placa dentária. Parte I – Avaliação da quantidade de placa formada. Rev Gauch Odontol 1990; 38(5):375-8.
23. Alves DF, Burgos ME. Avaliação clínica do Plax. Rev Gauch Odontol 1990; 38(3):163-5.
24. Silva M. Driblando a cárie. Rev Assoc Paul Cir Dent 1996;50(1):8-20.
25. Mussi NM, et al. Técnicas fundamentais em Enfermagem. São Paulo: Ateneu; 1995.
26. Posso MBS. Semiologia e semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Ateneu; 1999.
27. Mayor E, et al. Manual de procedimentos e assistência necessária. São Paulo: Ateneu; 1999.
28. Steele L. Domiciliary dental care for handicapped elderly people. J Dent 1984;12(4):328-33.
29. Pucca Júnior GA. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. OM 1995; 22(4):27-28.
30. Leite JA, Montenegro FLB. A importância do uso dos limpadores linguais nos pacientes idosos [monografia]. São Paulo: ABENO/SP; 2005.
31. Tanaka M, Yamamoto Y, Kuboniwa M, Nonaka A, Nishida N, Nonaka A, et al. Contribution of periodontal pathogens on tongue dorsa analysis with real time PCR to oral malodor. Microb Infect 2004; 6(12):1078-83.
32. Bosy A, Kulkarni GV, Rosenberg M, McCulloch CA. Relationship of oral malodor to periodontics: evidence of independence in discrete subpopulations. J Periodontol 1994;65(1):37-46.
33. Morita M, Wang HL. Relationship between sulcular sulfide level and oral malodor in subjects with periodontal disease. J Periodontol 2001;72:79-84.
34. Lamb DJ. Problems and solutions in complete denture prosthodontics. 1a ed. London: Quintessence; 1993.
35. Guerra CF, Gonçalves SLMB, Cueiros DAG. Manual para uso e conservação de próteses totais. Recife: Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia; 1999.
36. Sesma N, Takada KS, Laganá DC, Jaeger RG, Azambuja-Junior N Eficiência dos métodos caseiros de higienização e limpeza das próteses parciais removíveis. Assoc Paul Cirurg Dent 1999;53(6):463-68.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2008

Março

4 a 7 de março
44º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Porto Alegre, RS
Informações: www.44csbmt.com.br

13 a 16 de março
Simpósio Cearense Multidisciplinar Cardio-Respiratória Pulmonar
Ponta Mar Hotel
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144

Abril

29 a 01 de abril
V CONAENF – Congresso Nacional de Enfermeiros Hospital das Clínicas – FMUSP
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo, SP
Informações: bleventos@uol.com.br

2 a 5 de abril
Simpósio Internacional de Neonatologia de Porto Alegre
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3315-4188

17 a 19 de abril
2º SITEN - Simpósio Internacional Sobre o Trabalho em Enfermagem
Foz do Iguaçu, PR
Informações: www.aben-pr.org.br

Junho

24 a 26 de junho
8º Congresso de Stress da ISMA-BR
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3222-2441

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – Volume 7 Número 1 – Janeiro/Fevereiro de 2008

Deyse Santoro

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento na parada cardiorrespiratória**

6 **Atendimento à criança vítima de trauma**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Atendimento à criança vítima de trauma

Introdução

É muito importante salientar que para a abordagem de uma vítima primeiro devemos ter idéia do contexto geral da situação, pois apenas com uma pré-avaliação do local é que podemos saber o tipo de vítima que poderemos estar lidando. A situação pode ser classificada de uma forma muito simples CLÍNICA (mal súbito, problemas fisiológicos), TRAUMA (mecanismos de troca de energia). O Suporte Básico de Vida (SBV) em Pediatria consiste da promoção de Ressuscitação Cardiopulmonar, sem equipamento ou com ventilação com bolsa-máscara ou equipamentos de barreira, até que possa ser oferecido suporte avançado de vida (SAV).

Durante o atendimento à criança vítima de trauma uma das principais dificuldades é lidar com os pais. Os pais geralmente estão ansiosos e preocupados. É importante ganhar a confiança dos pais, pois ela é transferida para a criança, que se torna mais colaborativa com o atendimento.

Jyn Meyer

Como se caracteriza o suporte básico de vida no atendimento à criança vítima de trauma?

Na faixa etária pediátrica, o trauma é uma das principais causas de morte e, independentemente da gravidade, está sempre associado à ansiedade intensa, tanto pela criança quanto pela família. Os princípios da ressuscitação da criança com trauma grave são os mesmos de qualquer outro paciente. No entanto, alguns aspectos do trauma pediátrico requerem ênfase no cuidado, pois a ressuscitação inadequada é a maior causa de mortes. Os erros comuns na ressuscitação do trauma pediátrico incluem a falha na abertura e manutenção da via aérea com proteção da coluna cervical, ressuscitação fluídica inadequada ou em excesso, e o fracasso em reconhecer e tratar a hemorragia interna.

Como deve ser feita a abertura de vias aéreas em criança vítima de trauma?

Deve ser feita a manobra de elevação modificada da mandíbula, seguindo os seguintes passos:

1) posicionar-se atrás da vítima;
2) segurar os ângulos da mandíbula com dois ou três dedos;
3) deslocar a mandíbula para frente e ao mesmo tempo abrir a boca da vítima;
4) estabilizar com as mãos a coluna cervical do paciente, evitando movimentos laterais. O uso de equipamentos básicos de permeabilização permite que o socorrista desocupe suas mãos para outras tarefas essenciais.

Quais as prioridades no atendimento à criança vítima de trauma?

A vítima pediátrica de trauma requer suporte meticuloso de vias aéreas, respiração e circulação desde o momento da injúria. A via aérea pode ser obstruída pelos tecidos moles, sangue ou fragmentos de dentes. Estas causas de obstrução de vias aéreas deveriam ser antecipadas e tratadas. O controle da via aérea inclui imobilização da coluna cervical, mantida durante o transporte e estabilização facilitando o suporte avançado de vida. A melhor maneira de se conseguir isto é com a utilização da manobra de elevação da mandíbula e imobilização da coluna simultaneamente, usando apenas o controle manual necessário para prevenir a mobilização crânio-cervical. A manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo está contra-indicada, pois pode piorar a lesão da coluna cervical presente. Os socorristas devem assegurar-se de que o pescoço está na posição neutra, pois a proeminência occipital da criança predispõe a uma ligeira flexão do pescoço quando a criança é colocada em local plano.

Jyn Meyer

Como deve ser feita a estabilização inicial no atendimento à criança vítima de trauma?

Estabilização inicial das vitimas de trauma envolve 2 fases de avaliação: avaliação primária e avaliação secundária. Cada uma focada na avaliação e tratamento das condições com risco de morte. A avaliação primária inclui o ABC do SBV — incluindo atenção meticulosa do **A:** via aérea, **B:** respiração, **C:** circulação, **D:** disfunção para avaliar a condição neurológica e **E:** exposição da pele para detectar lesões não evidentes, mantendo a criança aquecida.

Após a abertura da via aérea, o socorrista deve determinar se a criança apresenta respiração adequada. A técnica de avaliação consiste em ver a expansão do tórax, ouvir o ruído da respiração e sentir o movimento de ar. Caso a respiração esteja ausente ou inapropriada, o socorrista deve iniciar a assistência ventilatória com a respiração artificial sob máscara. Caso a máscara disponível seja grande para o paciente, ela pode ser invertida. As ventilações devem ser efetuadas lentamente para evitar a distensão gástrica e na freqüência apropriada para a idade da criança. O principal guia para a ventilação adequada é a expansão do tórax que deve ser observada. As freqüências recomendadas são de 20/min para crianças menores que um ano de idade e 15 a 20/min para crianças maiores e adolescentes. A manobra de compressão cricóide (manobra de Sellick) pode ser aplicada em crianças, mas deve ser efetuada de maneira suave: não devendo ser feita em suspeita de trauma cervical.

O diagnóstico de choque é mais difícil em crianças do que em adultos e quanto menor a criança mais difícil a avaliação. Os sinais de choque podem ser causados em crianças por outras condições, como exposição ao frio, medo e estresse.

O nível de consciência pode ser utilizado como critério de avaliação da circulação. Uma criança, com nível de consciência mantido, tem aporte cerebral de sangue mantido.

A palpação de pulsos pode ser difícil em crianças pequenas e lactentes, mesmo que eles não estejam em choque. No lactente o pulso braquial é o mais fácil de palpar. A taquisfigmia pode ser causada por várias condições, como frio, medo, ansiedade, mas uma freqüência de pulso maior que 130/min deve sugerir choque até que se prove o contrário.

A temperatura das extremidades pode estar diminuída devido à exposição ao frio, medo e estresse.

A hipotensão arterial é um sinal tardio de choque, mas a aferição da pressão arterial é difícil e pode ser demorada em crianças pequenas. Como regra, a pressão arterial sistólica menos que 80 mmHg em crianças e menor que 70 mmHg em lactentes são sinais indicativos de hipotensão. O tamanho do manguito do esfingomanômetro deve ser adequado ao da criança para evitar erros na aferição.

O teste de enchimento capilar pode ser difícil de avaliar, mas ainda pode ser útil. A técnica consiste em comprimir o leito ungueal ou todo o pé da criança por dois segundos e observar quanto tempo a cor demora a voltar após ser aliviada a compressão.

Apesar de não ser freqüente, lactentes muito jovens podem entrar em choque devido a hemorragias intracranianas, fato este que nunca ocorre em adultos.

Como deve ser feito o suporte ventilatório da criança vítima de trauma?

O suporte respiratório é realizado conforme a necessidade. Fora do hospital, ventilação com bolsa-valva-máscara pode ser adequada para ofertar oxigênio, particularmente quando o transporte é rápido. A intubação traqueal está indicada se a vítima de trauma apresenta esforço respiratório intenso, perviabilidade da via aérea comprometida ou o paciente está em coma. A intubação orotraqueal fora do hospital deve ser realizada somente por profissionais treinados e experientes. Após a ressuscitação, toda criança deve receber oxigênio suplementar até que a oxigenação adequada seja confirmada por medida direta da PaO_2 ou oximetria de pulso, e até que a capacidade adequada de transporte de oxigênio (concentração de hemoglobina) seja confirmada. Em vítimas traumatizadas, a ventilação pode ser prejudicada por pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax, ou tórax instável. A maioria das lesões torácicas pode estar presente na ausência de evidência externa de trauma torácico, pois o tórax da criança é extremamente complacente. Fraturas de costelas podem não ocorrer mesmo no trauma torácico fechado grave. Lesões torácicas devem ser suspeitadas, identificadas e tratadas se há história de trauma tóraco-abdominal ou dificuldade em obter ventilação efetiva.

E o suporte circulatório?

Suporte circulatório na vítima de trauma, freqüentemente, requer tratamento do choque hemorrágico. Suporte circulatório da criança politraumatizada requer simultâneo controle de hemorragias externas, avaliação e manutenção da perfusão sistêmica e restauração e manutenção do volume sangüíneo. Controle da hemorragia externa é melhor obtido com a compressão direta. Aplicação, às cegas, de clampes hemostáticos e uso de torniquetes são contra-indicados, exceto na amputação traumática associada a sangramento de vasos grandes. As crianças possuem uma grande reserva fisiológica. Sinais de choque são tardios, só após enorme perda sanguínea (25%). Até uma queda de 15-20 % da volemia os únicos sinais verificados precocemente são a tumefação local (eventualmente) e taquicardia desproporcional. Erro comum: atribuir a taquicardia apenas à ansiedade ou dor em vez de hipovolemia.

Dan Layton

Como deve ser a avaliação neurológica do suporte básico de vida no atendimento à criança vítima de trauma?

Avaliação da função neurológica (o "D" de Disfunção) requer avaliação neurológica rápida, incluindo aplicação da escala de coma de Glasgow pediátrica. Este sistema de escore avalia a abertura ocular, verbalização e movimentação em resposta a estimulação. Avaliação seriada com a escala de Glasgow permite a rápida identificação de qualquer deterioração no padrão neurológico da criança. A sobrevida das crianças com traumatismo crânio-encefálico se relaciona mais com os fatores de co-morbilidade (hipotensão, hipóxia, hipovolémia, convulsões) do que propriamente com o traumatismo cranioencefálico. A recomendação é para manter sempre a atuação ABCDE. A escala de Glasgow pediátrica é a seguinte:

Qual a conduta diante da criança vítima de trauma com hipertensão intracraniana?

O tratamento da hipertensão intracraniana é fundamental para a recuperação da criança com traumatismo crânio encefálico (TCE) grave. Existe um consenso que ela deve ser tratada quando ultrapassar 15 mmHg, principalmente em lesões do lobo temporal, em virtude da sua proximidade e relação com o tronco encefálico.

O tratamento da pressão intracraniana (PIC) consta de intubação endotraqueal com o intuito de melhorar a oxigenação e diminuir o risco de broncoaspiração. Pode-se também realizar hiperventilação controlada mantendo uma PCO_2, entre 26 e 28 mmHg. Uma PCO_2 menor que 26 mmHg ocasiona vasoconstrição, com risco de isquemia cerebral, e uma PCO_2 maior que 28 mmHg ocasiona vasodilatação, com risco de aumento de edema e da PIC.

Abertura ocular			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Não abre	Não abre	
2	À dor	À dor	
3	Aos estímulos	Ao grito	
4	Espontaneamente	Espontânea	
Melhor resposta motora			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Sem resposta	Sem resposta	
2	Extensão	Extensão	
3	Flexão anormal	Flexão anormal	
4	Retirada em flexão	Retirada em flexão	
5	Localiza a dor	Localiza a dor	
6	Obedece	----------	
Melhor resposta verbal			
	> 5 ano	> 2-5 anos	0-2 anos
1	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
2	Sons incompreensíveis	Grunhidos	Grunhidos
3	Palavras desconexas	Choro e gritos	Choro inapropriado
4	Desorientado	Palavras inapropriadas	Choro
5	Conversa com orientação	Frases e palavras apropriadas	Sorri, balbucia e chora apropriadamente

Sinais importantes de hipertensão intracraniana são hipertensão arterial, bradicardia e alterações respiratórias. Sabe-se que o aumento da PIC em crianças deteriora rapidamente o nível de consciência. O manitol (0,5-1 g/kg) é uma droga muito utilizada no combate da PIC, assim como furosemida (0,3 a 0,5 mg/kg). Estas duas drogas devem ser evitadas na fase inicial do atendimento da criança com trauma de crânio devido ao risco de piorar a hipovolemia.

A que se refere o E do suporte básico de vida no atendimento à criança vítima de trauma?

A parte "E" (de Exposição) da avaliação primária envolve a manutenção de um ambiente termicamente neutro — mantendo a criança aquecida. Um segundo significado de exposição é examinar a criança completamente a procura de lesões escondidas. As lesões podem ser divididas em lesões de crânio, de abdome, de tórax e de coluna.

O crânio é o local onde as lesões são mais freqüentes na criança devido ao tamanho e peso da cabeça em relação ao corpo. As crianças têm um prognóstico melhor do que adultos com o mesmo grau de lesão, a recuperação pode ser completa mesmo em pacientes com lesões graves. A avaliação do nível de consciência é um excelente indicador de traumatismo de crânio. A variação da pontuação na escala de Glasgow deve ser utilizada como parâmetro.

O traumatismo de abdome representa a segunda causa de óbito após trauma em pacientes pediátricos. As rupturas do fígado e do baço, levando ao choque hemorrágico, são as lesões mais perigosas. O fígado e o baço de crianças são menos protegidos pelas costelas do que os de adultos. Os sinais de choque em pacientes pediátricos representam uma indicação de transporte rápido.

No caso de traumatismos de tórax, a parede torácica é mais elástica em crianças do que em adultos, diminuindo a chance de lesões como tórax instável e tamponamento cardíaco. A principal manifestação de traumatismo de tórax é a dificuldade respiratória. A principal manifestação de dificuldade respiratória é a taquipnéia: uma criança respirando com freqüência maior que 40/min ou um lactente com mais de 60/min tem dificuldade respiratória. Outros sinais importantes que crianças com dificuldade respiratória apresentam são: batimentos de asa de nariz e retrações supra-esternais, intercostais e subcostais. A ausculta pulmonar pode ser enganosa em caso de pneumotórax e pode haver transmissão de ruídos de um lado do tórax para outro devido ao pequeno tamanho da caixa torácica.

Os traumatismos de coluna são incomuns antes da adolescência apesar do tamanho da cabeça da criança. Entretanto, no caso de traumatismo de coluna em criança, deve-se proceder com algumas diferenças em relação ao adulto: 1) imobilizar manualmente a cabeça e o pescoço; 2) a colocação de colar cervical não é necessária em crianças pequenas imobilizadas adequadamente em dispositivo próprio; 3) em crianças pequenas (menores que oito anos) é necessário colocar coxim sob os ombros para manter o pescoço em posição neutra.

Qual a conduta diante de uma criança vítima de lesões respiratórias por queimadura?

As crianças vítimas de uma explosão ou incêndio, em recinto fechado, que apresentam queimaduras na cabeça e no pescoço por chama ou inalação de fumaça são sensíveis a um comprometimento respiratório grave e rapidamente progressivo secundário a queimaduras das vias aéreas. Esta situação requer urgência no controle definitivo da via aérea devido ao edema das vias aéreas subglóticas ou a uma traqueobronquite química induzida pelos produtos da combustão do material queimado. A intubação deve ser precoce mesmo que a respiração esteja sem anormalidades no momento do atendimento, pois ocorrerá edema tão importante que a via aérea será obstruída e ficará distorcida, o que tornará a intubação traqueal muito difícil.

Os sinais clássicos deste tipo de lesão são apresentados por pêlos ou mucosas nasais queimados, rouquidão, cianose, escarro carbonáceo, tosse, estertores ou taquipnéia. A radiografia de tórax, nesta fase do atendimento, não tem valor, pois inicialmente pode ser normal.

A concentração sangüínea de carboxiemoglobina ajuda a determinar se ocorreu lesão por inalação química em um recinto fechado. A ventilação assistida deve ser precoce, administrando-se oxigênio sempre a 100%, pois acelera a eliminação do monóxido de carbono. Este percentual de oxigênio inspirado deve permanecer até que a concentração da carboxiemoglobina seja inferior a 5%. Além desta conduta, ainda pode-se utilizar broncodilatadores para diminuir o broncoespasmo; deve-se umidificar o ar inspirado, realizar toalete pulmonar vigorosa (broncospia), e drenagem postural. No caso da necessidade de intubação traqueal, o tamanho do tubo pode seguir a seguinte recomendação:

Idade/Peso	Cânula (TOT)
Pré-termo (3 kg)	2,5-3,0 sem cuff
0-6 meses (3,5 kg)	3,0-3,5 sem cuff
6-12 meses (7 kg)	3,5-4,0 sem cuff
1-3 anos (10-12 kg)	4,0-4,5 sem cuff
4-7 anos (16-18 kg)	5,0-5,5 sem cuff
8-10 anos (24-30 kg)	5,5-6,5 com cuff

Quais os parâmetros hemodinâmicos a serem considerados na criança vítima de trauma?

O cálculo da pressão arterial na criança deve seguir a seguinte fórmula:
Pressão sistólica (PS) = 80 + 2 x idade, em anos
Pressão diastólica (2/3 de PS)

Sinais vitais importantes para orientação na manipulação adequada da criança hipovolêmica:
Débito urinário

Quais as condutas diante de uma criança com lesões de extremidades?

A maioria das fraturas, numa criança politraumatizada, só será avaliada após estabilidade respiratória e hemodinâmica. As prioridades em relação às fraturas ósseas são as mesmas do adulto, apenas existe a preocupação com lesões no nível do núcleo do crescimento, que podem levar ao desenvolvimento anormal do membro em questão.

Uma criança sentada num automóvel que sofre colisão, e é arremessada para fora do veículo, apresenta três vezes mais possibilidade de ter lesão grave toracoabdominal e craniana, além de fraturas ósseas.

Os sinais e sintomas das fraturas são os mesmos dos adultos (dor localizada, isquemia, edema, deformidade e crepitação óssea). Diante de uma fratura de extremidade, devemos sempre nos preocupar com lesões que envolvem feixes vasculonervosos.

Existem fraturas que são mais específicas decorrentes da imaturidade dos ossos. As fraturas do úmero e do fêmur e as luxações do joelho podem estar associadas à lesão arterial e dos núcleos de crescimento.

Jyn Meyer

No caso de necessidade de reposição volêmica em criança vítima de trauma, como proceder?

Na criança vítima de trauma de modo geral, a maior causa de colapso circulatório é a hipovolemia, cursando com baixo débito sanguíneo periférico. O tratamento inicial é a restauração rápida da volemia através da infusão de fluidos aquecidos (soluções cristalóides, sangue, colóides etc). A acidose metabólica decorrente do estado de hipoperfusão é corrigida com reposição hidroeletrolítica correta.

No tratamento, seguimos os mesmos princípios do adulto no estado de choque hipovolêmico, com algumas particularidades do atendimento pediátrico. Uma vez estabelecido o acesso vascular, a solução de Ringer-lactato aquecida é ministrada na dose de 20 ml/kg de peso corporal numa infusão rápida, e é observada a resposta durante 10 minutos. Se não ocorrer melhora, são administrados mais 20 ml/kg. Na ausência de resposta positiva, repetir 20 ml/kg num total de 60 ml/kg (regra 3:1). Na terceira infusão, deve-se pensar na administração de concentrado de hemácias (10mg/kg) se não ocorrer estabilidade hemodinâmica.

Existe alguma escala própria para avaliação do trauma em criança?

A escala utilizada para avaliação do trauma pediátrico é a seguinte:

Escala de Trauma Pediátrico			
Valor	+2	+1	-1
Peso (kg)	>20	10-20	<10
Via aérea	Normal	Mantida	Intubada
PA sistólica	>90	50-90	<50
SNC	Alerta	Confuso	Coma/descerebração
Ferimento	Ausente	Mínimo	Grave/penetrante
Fratura	Ausente	Fechada	Aberta/múltiplas
Total			

OBS: Essa escala varia de -6 a +12.

Conclusão

A criança vítima de qualquer traumatismo físico apresenta-se como um desafio à destreza e aplicação de conhecimentos de todos os profissionais de saúde e aqueles que se propõem a realizar o atendimento inicial. Não se trata de um adulto de menores dimensões, mas sim um tipo de paciente com características especiais, que decorrem do seu incompleto desenvolvimento e maturação. Por este motivo, vale a pena concentrar os esforços na melhoria da qualidade da atuação nas áreas que poderão ser potencialmente ameaçadoras da vida e cujos cuidados poderão fazer a diferença, em termos de atendimento de emergência.

Bibliografia

American Academy of Pediatrics. American Heart Association. Suporte avançado de vida em pediatria. Dallas: American Academy of Pediatrics/American Heart Association; 2003.

Instituto Nacional de Emergência Médica – DSM/DSF 2004.

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 2 - Março / Abril de 2008

EDITORIAL

Sobre raposas e ritos: a creação do profissional crítico,
Prof. M. Sc. Dalmo Valério Machado de Lima 63

ARTIGOS ORIGINAIS

O significado do cuidado em unidades tecnológicas: construindo um mito de humanização em terapia intensiva, Roberto Carlos Lyra da Silva, Isaura Setenta Porto, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Carlos Roberto Lyra da Silva, Isabella Barbosa Meireles 65

Diagnósticos de enfermagem presentes nos adultos jovens em tratamento de hemodiálise, Aline Gozzi Braga Lata, Jaqueline Galdino Albuquerque, Luzimar Aparecida da Silva Borba Paim de Carvalho, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira 73

O papel do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV, Valdecyr Herdy Alves, Tainara Serodio Amim Rangel, Audrey Vidal Pereira 79

Acompanhante no parto na opinião de mulheres admitidas em Maternidade Pública de Fortaleza, Lucilia Maria Nunes Falcão, Djânula de Sousa Victor Lopes 86

O idoso acamado no contexto familiar: demanda de cuidados e implicações sobre o cuidador, Edileuza Silva de Medeiros, Maria das Graças Melo Fernandes 95

Violência contra a mulher: conhecendo o perfil das vítimas e dos agressores no interior paulista, Francesca Garcia Inoue, Ida Aparecida Lima Ruza, Larissa Vasquez Bruno, Eduardo Sandini 102

REVISÃO

Compreensão do processo de luto à luz da literatura científica,
Cátia Andrade Silva, Ana Carla Petersen de Oliveira Santos, Lucimeire Santos Carvalho 110

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 116

CALENDÁRIO DE EVENTOS 118

CURSO DE ENFERMAGEM

Saúde Pública
I - Evolução da Saúde Coletiva no Brasil 119

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

atlântica editora

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Recife: (81) 3444-2083

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
atlantica@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil, MN-Metabólica e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital Espanhol, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Sobre raposas e ritos: a creação[1] do profissional crítico

*Prof. M. Sc. Dalmo Valério Machado de Lima**

No mundo globalizado, a única certeza que se impõe às pessoas, independente de seu papel social ou profissional, é a certeza da mudança. Em se tratando do profissional enfermeiro, essa transformação não constitui-se em exceção. Ao contrário, áreas emergentes com a pesquisa envolvendo células-tronco, a engenharia genética, a nanotecnologia, a prática baseada em evidências, a descoberta e desenvolvimento de novos materiais que subsidiam o surgimento de novas técnicas e tecnologias, a informática em saúde, as ferramentas para tomada de decisões, a preocupação ambiental entre outros temas, perfazem assuntos cujo domínio é desejável ao perfil do enfermeiro contemporâneo. Contudo, muito me preocupa a forma como o enfermeiro se posiciona ante as aludidas inovações.

Do ponto de vista léxico e etnolingüístico, tecnologia deriva do grego, *technología*, e significa tratado sobre uma arte. Por sua vez, *arte* implica numa inspiração e materialização da essência do artesão. Qual seja, refere-se a um conjunto de conhecimentos e princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade. Com relação especificamente à avaliação tecnológica, tecnologia é conhecimento aplicado que permite a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças e de suas conseqüências. Logo, pressupõe-se algo ativo e menos expectador, tal como se verifica atualmente na absorção dessas inovações. Toda tecnologia possui um ciclo de vida, composto de: inovação, difusão precoce, incorporação, larga utilização e abandono.

Assim, me inquieta a passividade com que são consumidas as novas tecnologias por parte do enfermeiro. A título de ilustração e polêmica, trago o exemplo da dor como quinto sinal vital. Organizações americanas como a *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, outorgaram desde 2000 essa conotação para aquilo que a *Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP)* entende como "uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos". E, existe uma tendência de assumirmos esse novo conceito como verdade. Pois bem, nas fases mais incipientes de qualquer curso de enfermagem é-nos ensinado diferenciar sinais de sintomas. Donde, *sinais* constituem-se em variáveis quantitativas objetivas discretas ou contínuas e, mensuráveis por meio de instrumentos, como a temperatura, a pulsação, a freqüência respiratória e a pressão arterial. Ou seja, são passíveis de quantificação até mesmo em um doente em coma. Já os *sintomas* referem-se a manifestações conscientes de quem os exacerba, como o frio, o calor e a fome. Por outro lado, *vital* refere-se à vida, qual seja, essencial. Portanto, é razoável admitir que as ausências de

[1]Crear (do latim creare, de onde se originou a palavra criar) é, segundo Humberto Rhoden, a manifestação da essência em forma de existência, portanto, diferente de Criar, que seria a manifestação da existência em existência.

**Enfermeiro, Professor Assistente do Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC-UFF)*

pulsação ou da pressão arterial sejam incompatíveis com a vida. Entretanto, a ausência de dor, ainda que não seja exatamente desejável, não se constitui numa condição mutuamente exclusiva com a vida. Assim sendo, me parece no mínimo insensato, simplesmente incorporar a dor como quinto sinal vital.

Tomando o exemplo supramencionado como pano de fundo, é ele representativo da maneira acrítica como admitimos o novo como verdade. É corrente a maneira como é negligenciada o processo de construção de nossa prática. Recordando o genial Antoine de Saint-Exupéry que, em meio a Segunda Grande Guerra publicou o célebre *O Pequeno Príncipe*, quando numa conversa entre o personagem-título do livro e a raposa, essa diz-lhe que *ritos são importantes*.

Transportando essa antológica história para o cotidiano da prática de enfermagem, não negando o novo, me posiciono como a raposa. Ritos são importantes, os nossos mestres são importantes, os nossos ídolos são importantes, o processo de construção e experimentação do conhecimento é importante. E, acredito, são atemporais. A essência do ensinamento não se perde com o passar dos anos, embora se adapte ou modifique-se. Os valores tácitos aprendidos com nossos vetustos professores são perenes, posto que transcendem a arte retórica. A ética, o respeito à vida e aos que nos antecederam são imutáveis. Assim, corroboro com o brilhante Professor (que ele me perdoe, pois sei que não gosta desse pronome de tratamento!) Mauro Santayana que, em artigo recente, lembrou-nos do autor, ora maldito, de *O Capital*, nascido em Tréveris, para quem: *o critério da verdade é a prática*. Portanto, admitindo a ética como uma só, qual seja, é difícil admitir que um profissional imprudente e omisso seja um pai ativo e cauteloso, cabe-nos espelharmos em nossos mestres, em nossa história, na nossa verdade, em nosso poder de crítica, em nossa posição emancipatória e em nossos ritos.

Artigo original

O significado do cuidado em unidades tecnológicas: construindo um mito de humanização em terapia intensiva

Roberto Carlos Lyra da Silva, D.Sc.*, Isaura Setenta Porto, D.Sc.**, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, D.Sc.***, Carlos Roberto Lyra da Silva, M.Sc.****, Isabella Barbosa Meireles*****

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAP-UNIRIO, Professor do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem da UNIRIO, ** Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da EEAN-UFRJ, Pesquisadora do CPNq, ***Coordenadora do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem e Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAP-UNIRIO, ****Doutorando em Enfermagem da EEAN/UFRJ, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAP-UNIRIO, *** Enfermeira Graduada pela EEAP/UNIRIO, Especialista em Marketing e Assessora Técnica da Empresa Advanced Products*

Resumo

Introdução: Preocupados com os significados relativos à apropriação e à incorporação de tecnologias, 14 enfermeiros foram estimulados a refletir sobre o significado dos cuidados em unidades tecnológicas, a partir da seguinte pergunta: qual é a sua concepção de cuidados em unidades tecnológicas? *Objetivos:* O objeto de estudo foi o significado dos cuidados de enfermagem em unidades tecnológicas. *Materiais e métodos:* O método é qualitativo e os dados foram produzidos durante o mês de Setembro de 2005. A análise temática foi utilizada para o tratamento e análise dos dados. Terapia intensiva, tecnologia, humanização, significado e mito foram às bases teóricas utilizadas para apoiar a análise e a discussão dos dados. *Resultados:* Na categoria tecnologias: bases para cuidar e assistir em terapia intensiva, observamos entre os enfermeiros, que no significado de cuidados em unidades tecnológicas, não existe posição hierárquica em grau de importância entre cuidado e tecnologia na assistência ao cliente crítico. Observamos ainda certa preocupação com os avanços tecnológicos, embora seja para os participantes do estudo, a base possibilitadora para cuidar nestas unidades. *Conclusão:* Concluímos que as práticas de cuidar em terapia intensiva e o uso de tecnologias, sobretudo as máquinas, poderão servir de base para a construção de um mito de humanização nessas unidades.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, humanização, tecnologia, terapia intensiva.

Artigo recebido em 4 de julho de 2007; aceito em 08 de abril de 2008.
Endereço para correspondência: Roberto Carlos Lyra da Silva, Rua Conde de Baependi, 124/109, 22231-140 Rio de Janeiro RJ, Tel: 21130406, E-mail: proflyra@gmail

Abstract

The meaning of care in technological units: building a myth of humanization in intensive therapy

Introduction: Worrying about the meanings related to appropriation and incorporation of technologies, 14 nurses were stimulated to ponder over the meaning of care in technological units, from the following question: which is your conception of care in technological units? *Objectives:* The object of study was the meaning of nursing care in technological units. *Materials and methods*: The method is qualitative and data was produced during the month of September 2005. Thematic analysis was used for treatment and analysis of the results. Intensive therapy, technology, humanization, meaning and myth were the theoretical bases used to support the analysis and the discussion of data. *Results*: In technologies category: basis to care and to assist in intensive therapy, it was observed among the nursing personnel that, in the meaning of care in technological units, hierarchical position in degree of importance between care and technology to assist critical patient does not exist. It was also observed concern with the technological advances, although, for the study participants, they are the basis for caring in these units. *Conclusion:* We conclude that care practices in intensive therapy and use of technologies, especially the machines, may be the base for building a myth of humanization in these units.

Key-words: nursing care, humanization, technology, intensive therapy.

Resumen

El significado del cuidado en unidades tecnológicas: construyendo un mito de humanización en terapia intensiva

Introducción: Preocupados con los significados relativos a la apropiación y a la incorporación de tecnologías, 14 enfermeros fueron estimulados a reflexionar sobre el significado de los cuidados en unidades tecnológicas, a partir de la siguiente pregunta: ¿cuál es tu concepción del cuidado en unidades tecnológicas? *Objetivos*: El objeto de estudio fue el significado de los cuidados de enfermería en unidades tecnológicas. *Materiales y métodos:* El método es cualitativo y los datos fueron producidos durante el mes de septiembre de 2005. El análisis temático fue utilizado para el tratamiento y análisis de los datos. Terapia intensiva, tecnología, humanización, significado y mito fueron las bases teóricas utilizadas para sustentar el análisis y la discusión de los datos. *Resultados*: En la categoría tecnologías: bases para cuidar y asistir en terapia intensiva, observamos entre los enfermeros, que en el significado de cuidados en unidades tecnológicas, no existe posición jerárquica en gradación de importancia entre cuidado y tecnología en la atención al paciente crítico. Observamos aun cierta preocupación con los avances tecnológicos, aunque para los participantes del estudio sean la base para cuidar en estas unidades. *Conclusión:* Se concluye que las practicas de cuidar en terapia intensiva y el uso de tecnologías, sobretodo las máquinas, podrán servir de apoyo para la construcción de un mito de humanización en esas unidades.

Palabras-clave: atención de enfermería, humanización, tecnología, terapia intensiva.

Introdução

Não seria novidade para nenhum de nós a afirmativa de que as unidades altamente tecnológicas, tais como as Unidades de Terapia Intensiva, ao mesmo tempo em que despertam sensações de fascínio e admiração, despertam também, sensações de angústia, sofrimento e dor. Também não seria novidade o rótulo de desumanos, que muitas vezes é dado aos profissionais que atuam nestas unidades.

O fato é que embora com mais de trinta anos de existência, a terapia intensiva continua e continuará sendo uma unidade capaz de despertar significados dos mais variados. Em parte, talvez isso pudesse estar associado ao fato de se tratar de uma unidade, cujo acesso é restrito, onde a equipe de enfermagem é altamente especializada, e, particularmente, onde os recursos tecnológicos são, em determinadas circunstâncias e situações, capazes não só de oferecer maiores condições de sobrevida a clientes em risco de vida, mas também, substituir, ainda que em parte, a ação do homem.

A mecanização – um processo de modificação dos processos que deslocam do homem para a máquina o emprego da força –, ou a automação – transferir para a máquina o que antes era feito conscientemente pelo homem – [1], tão importante e necessária na terapia intensiva, ainda é por muitas pessoas associada à idéia de desumanização, considerando que a mesma afasta os profissionais de enfermagem e demais membros da equipe interdisciplinar, do contato direto com seus clientes.

Pensar o cuidado mediado por tecnologia, não é uma tarefa muito simples, isso porque, a incorporação das tecnologias ao cuidado de enfermagem, se dá de maneira tão acelerada, que não nos tem permitido maiores oportunidades para refletirmos acerca de como esse processo vem acontecendo, e quais seriam as possíveis conseqüências para a enfermagem.

Nesta perspectiva, acreditamos ser de grande relevância e contribuição, toda e qualquer investigação científica acerca desta problemática, objetivando, entre outras coisas, novos caminhos para reflexões junto a profissionais, clientes e família na terapia intensiva, permitindo, a partir dos conhecimentos e construtos produzidos, compreendermos a especificidade do cuidado nestas unidades.

Portanto, com estas considerações preliminares e considerando toda a problemática que se encerra nas relações de cuidar que envolvem seres humanos e máquinas, apontamos como objeto de estudo para esta pesquisa, o significado do cuidado de enfermagem em unidades tecnológicas.

Quando utilizamos a palavra tecnologia, estamos nos referindo aos equipamentos eletro-eletrônicos (máquinas ou equipamentos eletrônicos) utilizados em unidades de terapia intensiva, que poderão ser também denominadas de tecnologias duras [2], embora saibamos que ela pode ser utilizada também, para referir-se ao processo de exercer a técnica, que envolve aparelhos e/ou métodos com conhecimento científico.

Na concepção de Hiller [1], autor que trouxe à tona a questão da técnica articulada à idéia do humanismo, as questões ético-espirituais contidas na utilização da técnica são responsáveis pelo desenvolvimento do Ser Humano em sua totalidade existencial. Para ele, humanidade e a palavra humanismo, diz respeito à dignidade humana.

Nesta perspectiva, o sujeito que utiliza a técnica poderá tornar-se vulnerável às ameaças do materialismo e nivelar-se com ele. O problema que se apresenta neste estudo, é que a tecnologia tem sido considerada por alguns teóricos, como uma das responsáveis pela desumanização, em função da forma como os enfermeiros se relacionam com as novas tecnologias e máquinas, sobretudo quando cuidam de clientes críticos.

Sendo assim, destacamos algumas questões que ainda carecem de respostas mais bem elaboradas, tais como: Cuidado de enfermagem e tecnologias são coisas incompatíveis? A tecnologia presente no cotidiano de cuidar em unidades altamente tecnológicas constitui uma ameaça ao humano? O que a enfermagem de terapia intensiva pensa acerca da suposta afirmativa de que a tecnologia presente nestas unidades poderá conduzi-la a um processo de desumanização? Que sentido é dado pelos enfermeiros ao cuidado em unidades tecnológicas destinadas ao cliente crítico?

Desta forma, são objetivos deste estudo:

1) descrever o significado que os enfermeiros dão ao cuidado em unidades tecnológicas destinadas ao cuidado a clientes críticos;
2) analisar como tais significados podem ser utilizados como base para a construção de um mito de humanização em terapia intensiva;
3) discutir possíveis implicações dos significados atribuídos ao cuidado de enfermagem em terapia intensiva para a prática de cuidar nessas unidades.

Terapia intensiva, tecnologia e humanização, significado e mito: A base teórica que sustenta o objeto de estudo

A partir da década de 1960, mais precisamente durante a guerra do Vietnã, a terapia intensiva já apresentava uma característica que se tornou típica destas unidades: a rapidez e a eficiência do atendimento ao cliente criticamente enfermo.

Embora saibamos que tecnologia não é tudo em terapia intensiva, devemos reconhecer que nos dias de hoje, ela tem um papel imprescindível, uma parcela significativa de contribuição para o cuidado de enfermagem, principalmente se considerarmos que a cada dia que passa, os clientes assistidos em terapia intensiva têm exigido um esforço cada vez maior, em função de seu quadro clínico.

Concordamos com Zusman [3], quando destaca que as tecnologias são as "almas da terapia intensiva", mas que sozinhas, não garantem um bom desempenho. Para o autor, o potencial humano é fator mais importante que elas.

Para Waldow [4], cuidado humano é aquele que considera a essência humana como norteadora das ações de cuidar em enfermagem. É um cuidado que considera a sensibilidade, o afeto, o amor, o medo, o carinho, a atenção, o se colocar na condição do cliente e família, coisas que a máquina e toda tecnologia que nela se encerra, jamais serão capazes de considerar. Sobre isso, não temos a menor dúvida.

O problema é que este conceito poderá invalidar o entendimento de que cuidado e tecnologia/máquina não se compatibilizam. Pensamos que nos dias de hoje, a tecnologia tem ocupado um lugar de destaque no cenário da terapia intensiva, particularmente no que se refere à facilitação dos cuidados de enfermagem, sem, contudo, deixar de considerar que, por mais tecnológico que possa vir a ser, é uma ação humana.

O avanço tecnológico que exigiu da enfermagem uma rápida adaptação, não permitiu que houvesse tempo suficiente para uma reflexão mais aprofundada, acerca destes avanços no âmbito do cuidado e da necessidade de ajustes nas práticas de cuidar em função das novas questões que a tecnologia nos apresenta a cada dia, tais como: o que justifica o crescente movimento em prol da humanização no cuidado de enfermagem? O discurso de humanização em unidades altamente tecnológicas é uma necessidade real ou não passa de um discurso retórico ou mito?

Respostas para estas e outras questões poderiam ser encontradas a partir de reflexões mais aprofundadas acerca do significado das coisas e das situações que percebemos e experimentamos. Neste sentido, a Semiótica, entendida por Barthes [5], como uma ciência das formas, por entender que ela se preocupa em estudar as significações (signo, significado e significante), independentemente do seu conteúdo, apresenta-se neste estudo como um dos possíveis caminhos para se trabalhar o objeto proposto.

Embora seja uma preocupação tão comum nos dias de hoje, a busca pelo significado das coisas tem suas raízes entre os estóicos, ainda no século III antes de Cristo, fazendo com que muitos filósofos os considerem os fundadores da doutrina do significado [6].

Há de se considerar, entretanto, que vários corpos de significados podem coexistir em um mesmo indivíduo, determinando, em cada um, leituras mais ou menos profundas [7]. Isso nos permitirá compreender, porque os significados das unidades tecnológicas, atribuídos pelos sujeitos do estudo, poderão variar, conforme o contexto e as diferenças culturais de cada interpretante. Assim, os diferentes sentidos atribuídos às unidades tecnológicas irão depender do contexto, da leitura que é feita e também do estado emocional de cada pessoa (interpretante).

O mito é entendido neste estudo, como uma coisa não objetiva, algo que não é claro, não "está na cara", ainda que, freqüentemente, ele fale poeticamente, como algo que faz parte da vida social, embora, possa por muitos, ser entendido como algo inacreditável ou "sem realidade". É assim quando os enfermeiros aceitam o discurso de que é necessário humanizar a terapia intensiva, mas quando questionados acerca das razões que sustentam tal necessidade, não encontram respostas que sejam satisfatórias.

Material e métodos

Optamos pelo método qualitativo, por entendermos que este tipo de abordagem permite uma maior compreensão do problema, através da perspectiva dos próprios sujeitos que o vivenciam.

Preocupados com as poucas oportunidades que temos para refletir sobre os múltiplos significados acerca da apropriação/incorporação de tecnologias nas práticas de cuidar, criamos um momento durante aulas ministradas em um Curso de Pós-Graduação em Terapia Intensiva na Escola de Enfermagem Anna Nery, no qual, 14 enfermeiros pós-graduandos foram estimulados a refletirem sobre o significado do cuidado em unidades altamente tecnológicas, a partir da seguinte pergunta: Qual a sua concepção de cuidado em unidades altamente tecnológicas?

Os participantes deste estudo são enfermeiros intensivistas ou já tiveram a oportunidade de atuar em unidades altamente tecnológicas. O tempo médio de experiência profissional destes enfermeiros em terapia intensiva é de 02 anos. Todos, livre e espontaneamente, aceitaram participar do estudo. Da mesma forma, autorizaram-nos por escrito a utilizar suas falas e a publicação dos resultados, sem que suas identidades fossem reveladas.

A coleta de dados aconteceu durante a realização de uma das aulas, em setembro de 2005. Após algumas discussões anteriores acerca da incorporação/apropriação de tecnologias na prestação de cuidados de enfermagem em unidades altamente tecnológicas, os enfermeiros foram convidados a refletirem e a buscarem respostas para a seguinte pergunta: Qual a sua concepção de cuidado em unidades altamente tecnológicas?

A análise temática [7] foi a estratégia adotada para o tratamento e análise dos dados produzidos. O método de análise proposto identifica nas falas dos participantes, os núcleos de sentido, possibilitando o nucleamento de idéias afins, apontando para a categorização de temas.

Resultados e discussão

Na busca de uma maior compreensão quanto ao significado do cuidado em unidades altamente tecnológicas e a sua contribuição para a construção de um mito de humanização, constatamos que, para o grupo de enfermeiros que participaram deste estudo, a tecnologia tem sido possibilitadora do resgate da condição humana em terapia intensiva, diferentemente do que se possa pensar, em que pese o distanciamento que ela poderá determinar entre o profissional e o cliente.

A partir do nucleamento das idéias afins oriundas das falas, foi-nos possível criar uma categoria que permitiu entender a concepção de cuidado de enfermagem que estes enfermeiros têm acerca das unidades tecnológicas como a terapia intensiva, como espaços para cuidar de clientes críticos, a saber: tecnologias-bases para cuidar e assistir em terapia intensiva.

Tomando por "empréstimo" os nomes de alguns equipamentos/máquinas utilizadas com freqüência na terapia intensiva, tais como: Monitor cardíaco, Balão intra-aórtico, Glicosímetro, Oxímetro, Respirador, Traqueóstomo, Sonda, Cateter, Tubo oro-traqueal, Manta térmica, Colchão pneumático, Aspirador, Ambú e Pressão não invasiva, identificamos os participantes do estudo.

Tecnologias: bases para cuidar e assistir em terapia intensiva

Esta categoria foi assim denominada em função do entendimento claro destes enfermeiros, de que, na terapia intensiva, a tecnologia tornou-se um importantíssimo aliado da enfermagem para a prestação de cuidados, sem a qual, seria praticamente impossível a assistência ao cliente crítico, com eficiência e resolutividade.

Observa-se no discurso destes enfermeiros, que no significado de cuidado em unidades tecnológicas, não há uma relação hierárquica entre cuidado e tecnologia na assistência de enfermagem ao cliente crítico. Para eles, a qualidade desta assistência é produto do equilíbrio de forças ou graus de importância entre estes dois componentes, apresentados por eles como imprescindíveis na terapia intensiva. Vejamos este depoimento:

> "... cuidado neste tipo de unidade (a terapia intensiva) é a junção da assistência tecnológica com a assistência humana direta (cuidado), ambas como complemento uma da outra em busca da qualidade...." (Balão intra-aórtico)

> "Cuidado e tecnologia são fundamentais para o cliente crítico. Não consigo imaginar uma sem a outra". (Manta térmica)

Neste sentido, podemos perceber que a tecnologia está tão intensamente presente no cotidiano de cuidar nestas unidades, tornou-se tão familiar, que parece conviver com eles de maneira simbiótica, em uma verdadeira troca/interação de troca de favores, realmente, uma relação de complementaridade que se estabelece entre o homem e a máquina.

Em que pese toda a familiaridade observada nesta íntima relação, entre homem (enfermeiros) e máquinas (tecnologias) na terapia intensiva, existem aqueles, que por alguma razão, prefere estabelecer esta relação de maneira não tão simbiótica assim. Como se preocupados com os avanços e os caminhos a serem trilhados pela tecnologia, muitos enfermeiros preferem assumir uma postura um pouco mais reservada quando o assunto é a apropriação de novas tecnologias para cuidar, embora não neguem que isto seja imprescindível na terapia intensiva. Observemos o seguinte depoimento:

> "Minha concepção é que estamos evoluindo tecnologicamente rápido e precisamos aprender mais para acompanhar este desenvolvimento...". (Monitor cardíaco)

> "... tem momento que a tecnologia é tão intensamente utilizada em minha unidade, que às vezes fico assustada. ... mas sei que tudo aquilo é necessário e imprescindível para o cliente crítico". (Colchão pneumático)

Pensar a tecnologia como imprescindível para cuidar em terapia intensiva poderá relacionar-se com a idéia muito comum entre os profissionais de UTI, de que as tecnologias, em particular as duras, são o esteio ou suporte total dessas unidades. O fato de tratar-se de uma ferramenta que permite rapidez e precisão na identificação de distúrbios orgânicos, dando subsídios para a tomada de decisões com agilidade, o que é muito importante na terapia intensiva, parece ter sido considerado também pelos participantes deste estudo.

Esse modo de pensar a tecnologia em terapia intensiva poderá ser de fato perigoso. Profissionais que lidam no seu cotidiano com processos mecanizados, mesmo quando essa tecnologia é posta a serviço da vida e da saúde de seres humanos, ficam vulneráveis à perda de limites entre o humano e o inumano [8]. Assim, o avanço da tecnologia na área de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para o prolongamento da vida, com as clínicas de hemodiálise, unidade de terapia intensiva (UTIs) cada vez mais sofisticadas, de certo modo vem afastando o enfermeiro do paciente, bem como os demais profissionais que o tratam [9].

Não se pode negar o fato de que a complexidade técnica de algumas tecnologias e máquinas exigem cada vez mais que os profissionais de Enfermagem dêem a elas um pouco mais de atenção e zelo, para não falar cuidado, dividindo desta forma suas atenções com o cliente, o que é perfeitamente compreensível, embora para muitos não seja uma coisa preocupante.

A realidade é que, a cada dia, novas tecnologias nos são apresentadas e, com a mesma intensidade, são incorporadas ao nosso dia-dia. Desta forma, pouco ou quase nada é feito no sentido de refletirmos sobre tal fenômeno e quando nos deparamos com certos questionamentos, muitas vezes, oriundos de outras áreas do conhecimento, mas que nos dizem respeito e nos atingem frontalmente, acabamos por ficar completamente desnorteados. A própria possibilidade de cuidar do cliente em estado de dupla dimensão [10] (vida e morte no corpo do cuidado), proporcionada pelo avanço da tecnologia que nos permite manter vivos clientes com morte encefálica, traz-nos inúmeros questionamentos e problemas de ordem ética e existencial.

Diferentemente do comportamento conservador dos enfermeiros que acabamos de citar, outros se posicionam de modo mais racional, quando tentam descrever o cuidado com tecnologia em terapia intensiva. Estes enfermeiros vêem na tecnologia a base possibilitadora e inquestionável para a prática de cuidar nestas unidades. Vejamos este depoimento.

> "... Procedimento especializado... Utiliza-se das mais diversas tecnologias mantenedoras das condições vitais básicas, para ganhar tempo e condições de se conter ou minimizar a evolução das desordens...". (Aspirador)

> "...conjunto de procedimentos e técnicas, que embora sejam tão racionais, são indispensáveis para a manutenção da vida... isso só é possível graças a tecnologia avançada e de ponta". (Ambú)

Nota-se que toda e qualquer responsabilidade para a manutenção da vida de clientes criticamente enfermos, recai exclusivamente sobre as tecnologias, cabendo ao profissional especializado, apenas o seu manuseio e controle. Neste sentido, as duas maneiras de se pensar a tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva, encontram posicionamentos que se convergem entre si, quando as tecnologias são então entendidas como indispensáveis nestes cenários. Entretanto, alguns enfermeiros demonstram preocupações com o acelerado processo de incorporação das tecnologias no cuidado de enfermagem. Parece-nos que o avanço desenfreado da tecnologia tem nos colocado cada vez mais diante de novas questões e desafios.

Sibilia [11], ao analisar dois mitos fundadores da tecnociência contemporânea: os mitos de Prometeu e de Fausto, parece trazer contribuições significativas para entendimento do pensamento destes enfermeiros com relação a utilização de tecnologias para cuidar em UTI.

Aproximando das unidades de terapia intensiva, as tecnologias que permitem a manutenção da vida, tais como, ventiladores mecânicos microprocessados e as bombas de infusão..., seguem uma vocação de tradição prometéica, pois embora máquinas, não desconsideram a condição humana, muito pelo contrário, reafirmam. Lembremos o quanto era desgastante para a equipe de enfermagem controlar manualmente a velocidade e precisão de infusões venosas, antes do advento das bombas de infusão. E para o cliente, como era difícil mantê-lo "bem adaptado" a uma prótese mecânica ventilatória, com os antigos BIRD's Mark7.

Para a autora, Fausto parece nos dias de hoje representar o protótipo do homem contemporâneo. É como se enfermagem, enquanto profissão, cuja ação de cuidar, fundamentada nos princípios humanistas que consideram a organicidade e a subjetividade humana, estivesse sendo frontalmente atingida pelo avanço tecnológico nestas unidades. Esta me parece ser a preocupação de muitos enfermeiros.

Os depoimentos abaixo parecem perfeitamente ilustrar o que acabamos de considerar, vejamos:

> "... Tudo de tecnologia é importante e eficaz. Porém estamos nos tornando muito mecanicistas, não tendo a aproximação com o

> cliente, vendo-o através de um monitor sem ao menos tocá-lo... a fala já não existe...". (Sonda)

> "Tecnologia às vezes pode atrapalhar um pouquinho, mas nada de pernicioso, pois às vezes penso que não daria para ser diferente... sei que isso pode parecer um comportamento automático e para muitos, desumanos. Fazer o que se pensam assim?". (Pressão não invasiva)

Percebe-se claramente que, em momento algum, estes enfermeiros negam a importância da tecnologia no cuidado em unidades de terapia intensiva, e nem tampouco subestimam o potencial humano e a sua indispensável presença na prestação de cuidados. Entretanto, adverte-nos para a possibilidade de um nivelamento entre as máquinas e os seres humano, caso o cuidado deixe de ser revestido por emoção, carinho, afeto e sensibilidade, coisas que, sabidamente, não são passíveis de serem supridas pelas máquinas.

Nos dias de hoje, o uso de tecnologias, sobretudo na assistência à saúde em unidades de terapia intensiva, tem sido objeto de estudo em diferentes áreas do saber. Na enfermagem, tal preocupação ainda é muito incipiente, embora já seja possível encontrar algumas pesquisas de enfermeiros tratando de temáticas que envolvem a relação de seus profissionais com as tecnologias e máquinas, e o discurso de humanização e desumanização.

O discurso do senso comum sobre a desumanização torna-se, cada vez mais, um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes significados segundo a proposta de intervenção/ação eleita pelos seus idealizadores.

A intenção humanizadora observada, sobretudo nos serviços de assistência à saúde, traduz-se em diferentes proposições, tais como: melhorar a relação profissional-cliente; organização de atividades de convívio social, lúdicas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança e do idoso; programar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto e amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva.

Paralelamente, as propostas do Ministério da Saúde apontam para a necessidade de estimulação, criação e sustentação de espaços permanentes de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões, além da solidariedade, como o caminho para a promoção da pessoa humana como valor fundamental no seio das práticas de saúde. Nessa perspectiva, preferimos acreditar que a humanização se aproxime muito mais de um discurso mítico do que de uma realidade concreta, capaz de comprometer a essência do cuidado de enfermagem, uma vez que o mito é capaz de definir, de modo curto e grosso, rápido e rasteiro os termos de uma língua. O que ele procura dizer não está explicitado literalmente, é uma mensagem cifrada.

Conclusão

Os resultados do estudo remetem ao entendimento que cuidar do cliente criticamente enfermo em situação de risco iminente de vida, prover meios para a garantia das necessidades de seus familiares, e ao mesmo tempo, dar a devida atenção às tecnologias e máquinas, são situações, que pelas suas repercussões, merecem reflexões mais ampliadas.

Humanizar, ou garantir a dignidade do ser humano não somente nas ações de cuidar e assistir, mas, sobretudo no ambiente de cuidado, implica entre outras coisas em considerar outros aspectos que extrapolam o ponto de vista técnico, o reconhecimento dos direitos do cliente, de sua subjetividade e referências culturais. Precisamos, cada vez mais, primar pela democratização nas relações que envolvem o acesso e o atendimento, pela valorização das expectativas dos profissionais de enfermagem e dos demais profissionais da saúde e de apoio, cliente e família, como atores sociais no *Como ainda não temos consenso ou ensaios teóricos e operacionais acerca daquilo que muitos preferem denominar humanização e desumanização, acreditamos que sua abrangência e aplicabilidade ainda não foram adequadamente demarcadas.*

Isso deixa um espaço que precisa ser urgentemente preenchido por resultados de pesquisas, pois não podemos continuar à mercê de vagas opiniões e do "achismo", oriundos do senso comum, que pouco ou nada contribuem para a construção do conhecimento sobre a temática em questão. Assim, toda e qualquer medida ou intervenção humanizadora, quando incapaz de transcender o campo das opiniões e das ideologias, como muitas que temos visto ao longo de todos esses anos de experiência profissional cuidando de clientes em UTI, servirão apenas para dar rótulos pejorativos, permanecendo

as sombras da realidade, processo de cuidar e assistir, contextualizando sempre.

Mesmo estando longe de aceitar o termo humanização como aquele que melhor traduz o ideal de cuidado de enfermagem, estamos convencidos de que as propostas ou projetos que se autoproclamam humanizadores, devem, acima de tudo, serem vistos como momentos oportunos para que possamos ampliar nossas reflexões acerca das condições de trabalho e assistência à saúde.

Referências

1. Hiller E. Humanismo e técnica. Traduzido por: Mattos CL. São Paulo: Herder; 1968.
2. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, eds. Agir em saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-50.
3. Zusman W. Pode a psicanálise oferecer algo na preservação do humano? Rev Bras Psicanál 1998;32:945-51.
4. Waldow V. O cuidado humano: o resgate do necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
5. Barthes R. Elementos de semiótica. São Paulo: Cultrix; 1971.
6. Barthes R. Fragmentos do discurso amoroso. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 2000.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 1982.
8. Vieira DF, Fernandes TMS, Crossetti MGO. Enfermagem em terapia intensiva. In: Menna Barreto SS, Vieira SRR, Pinheiro CTS, eds. Rotinas em terapia intensiva. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 613-34.
9. Germano RM. A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez; 1993.
10. Silva RCL. O imaginário de enfermeiros quando cuidam na fronteira vida/morte: Um estudo sociopoético [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2001.
11. Sibília P. O homem pós-orgânico: a reformatação dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais [dissertação]. Niterói: UFF; 2002.

Artigo original

Diagnósticos de enfermagem presentes nos adultos jovens em tratamento de hemodiálise

Aline Gozzi Braga Lata*, Jaqueline Galdino Albuquerque**,
Luzimar Aparecida da Silva Borba Paim de Carvalho***, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, M.Sc.****

**Enfermeira, Aluna do Curso de Especialização em Nefrologia na Universidade Gama Filho (UGF), **Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela UFC, Bolsista CAPES, ***Enfermeira, Professora da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE), ****Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela UFC, Bolsista CAPES - Apresentação oral no 2nd World Congress for Nephrology Nursing, de 22 a 24 de abril de 2007, Rio de Janeiro RJ*

Resumo

Objetivo: Analisar a distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em adultos jovens de uma clínica de hemodiálise de Petrópolis - RJ. *Métodos:* Estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo, realizado nos meses de abril e maio de 2006 por meio de um instrumento de coleta de dados contendo o histórico do paciente e o exame físico. *Resultados:* Foram avaliados 20 pacientes distribuídos equitativamente entre os sexos e com idade média 38,3 anos. Identificou-se 16 diagnósticos de enfermagem, média de 5,90 (± 1,33), quatro desses acima do percentil 75, são eles: risco de infecção; perfusão tissular ineficaz: renal; padrão de sono perturbado e intolerância à atividade. *Conclusão***:** O estudo possibilitou conhecer a realidade desses pacientes, contribuindo para uma possível implementação de ações de enfermagem mais eficientes para a resolução dos problemas identificados.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica, diálise renal, diagnóstico de enfermagem.

Abstract

Nursing diagnosis on young adults in hemodialysis treatment

Objective: To analyze the nursing diagnoses present in young adults from a hemodialysis clinic in Petrópolis - RJ. *Methods:* This cross-sectional, exploratory and descriptive study was conducted in the months of April and May 2006 by means of an instrument for collecting data containing the patient's history and physical examination. *Results:* 20 patients were evaluated distributed equally between the sexes, with a mean age of 38.3 years. We identified 16 nursing diagnosis, average of 5.90 (± 1.33), four of which above 75 percentil: risk of infection; kidney-ineffective tissular perfusion; disturbed sleep pattern

Artigo recebido em 14 de dezembro de 2007; aceito em 08 de abril de 2008.
Endereço para correspondência: Aline Gozzi, Rua Anequim, 132 Peró 28923-420 Cabo Frio RJ,
E-mail: alinegozzi@gmail.com

and activity intolerance. *Conclusion:* The study provided to know the reality of these patients, contributing to a possible implementation of more efficient nursing actions in order to solve identified problems.

Key-words: chronic renal insufficiency, renal dialysis, nursing diagnosis.

Resumen

Diagnósticos de enfermería presentes en adultos jóvenes en tratamiento de hemodiálisis

Objetivo: Analizar la distribución de los diagnósticos enfermería presentes en adultos jóvenes de una clínica de hemodiálisis de Petrópolis RJ. *Métodos:* Se trata de estudio cuantitativo del tipo transversal de carácter exploratorio y descriptivo, realizado en los meses de Abril y Mayo de 2006 por medio de instrumento de recogida de datos sobre historia clínica y examen físico del paciente. *Resultados:* Fueron evaluados 20 pacientes distribuidos equitativamente, cuya media de edad fue de 38,3 anos. 16 diagnósticos de enfermería fueron identificados, media de 5,90 (± 1,33), cuatro de los cuales por encima del percentil 75: riesgo de infección; perfusión tisular inefectiva: renal; deterioro del patrón de sueño e intolerancia a la actividad. *Conclusión:* El estudio nos proporcionó un mayor conocimiento de la realidad de esos pacientes, aportando para una posible implementación de acciones de enfermería más eficientes para la resolución de los problemas identificados.

Palabras-clave: insuficiencia renal crónica, diálisis renal, diagnóstico de enfermería.

Introdução

No Brasil, a prevalência de pacientes em programas de diálise dobrou nos últimos anos. A incidência da insuficiência renal crônica cresce cerca de 8% ao ano, tendo sido 18.000 pacientes em 2001. O gasto com programa de diálise e transplante renal é de aproximadamente 1,4 bilhões de reais ao ano [1].

No Brasil, atualmente, existem 621 centros de hemodiálise, 73.605 pacientes com insuficiência renal crônica, 66.833 em hemodiálise e dentre estes 14.500 estão na faixa etária de 15 a 29 anos [2].

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma síndrome clínica causada pela perda progressiva e irreversível das funções renais, resultando em uremia, que é o acumulo de toxinas urêmicas no organismo [3].

A IRC é uma doença com vários efeitos na vida do paciente e de difícil tratamento, com sérias implicações físicas, psicológicas e sócio-econômicas não apenas para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade [4].

Inicialmente, frente ao diagnóstico de IRC, o paciente será submetido ao tratamento conservador, com a utilização de medicamentos e restrições alimentares [5]. Conforme a evolução da doença, o paciente receberá as outras formas terapêuticas. Dentre os tratamentos, as opções de escolha são: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. A escolha da melhor modalidade de tratamento deve contemplar a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente [6].

O paciente renal crônico deve receber informações adequadas ao novo modo de vida que terá de assumir, com as rotinas das sessões de hemodiálise, a dieta alimentar, o cuidado com a higiene, dentre outros.

Dessa forma, torna-se necessário julgar as respostas dessa clientela através do cuidado do profissional de enfermagem. Isso nos reporta a Sistematização da Assistência de Enfermagem que contribui para a organização do trabalho do enfermeiro e para um melhor relacionamento com o paciente, família e comunidade proporcionando, assim, uma ferramenta norteadora do cuidado prestado pelo enfermeiro a essa clientela.

Esta problemática e a vivência com esses pacientes despertaram-nos o interesse em desenvolver um estudo no sentido de identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em jovens portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.

Materiais e métodos

Estudo quantitativo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada em uma clínica de hemodiálise localizada na região serrana de Petrópolis - RJ. A população

foi composta pelos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, cujos dados populacionais foram extraídos do sistema de cadastramento. Ao todo, existiam 68 pacientes cadastrados no sistema. A amostra foi composta por 20 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão determinados neste estudo, quais sejam: estar cadastrado e em tratamento hemodialítico; aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser adulto jovem correspondendo à faixa etária de 18 a 50 anos [7]. Os critérios de exclusão foram: estar hospitalizado no momento da coleta de dados; não estar em condições físicas e mentais adequadas para participar da pesquisa; pacientes renais crônicos com câncer, doença cardíaca avançada; doença pulmonar avançada, doença hepática progressiva e doença vascular cerebral, coronariana ou periférica extensa.

A coleta dos dados deu-se através de um instrumento que foi um roteiro sistematizado de entrevista e um roteiro do exame físico, os quais foram construídos com base no roteiro presente na dissertação de Lira [8] e foi elaborado de acordo com a Taxonomia II de NANDA [7], o qual foi aplicado no dia do tratamento hemodialítico do paciente. O período de coleta dos dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2006.

Os dados foram organizados em tabelas segundo dados sócio-econômicos, etilismo, tabagismo, tempo de diálise, diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados, com freqüências absolutas e percentuais e intervalos de confiança (95%). Para a avaliação do total de diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados foram apresentadas as medidas de tendência central e dispersão.

A coleta de dados foi autorizada pela chefia responsável pela clínica de hemodiálise e pelos pacientes participantes após Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde [9], que define as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados mostraram que 50% dos pacientes eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com idade média de 38,3 anos (± 8,73 anos). A freqüência de adultos jovens em tratamento hemodialítico foi maior na faixa etária 41 a 50 anos (55%). Em relação ao estado civil, 55% tinham companheiros, com número de filhos variando de 0 a 3 (85%). A média do número de filhos foi 1,95 (± 1,66).

Quanto à procedência, 75% dos pacientes eram do interior do Estado, principalmente do município de Petrópolis. A renda familiar variou de 1 a 5 salários mínimos (350,00 reais) no período, estando a maioria (80%) na faixa de 1 a 2,5 salários com média de 1,77 salários (± 1,06).

Em relação à ocupação, os pacientes eram, em sua maioria, autônomos (35%). Quanto à escolaridade, 60% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Cerca de 45% dos pacientes eram católicos.

Os pacientes, em sua maioria (85%), não bebiam e não fumavam. O tempo de diálise variou de 0 a 96 meses, sendo a média de 37,20 meses (± 26,85).

Foram identificados 16 diagnósticos de enfermagem nos pacientes entrevistados. Quatro diagnósticos encontravam-se acima do percentil 75, entre esses os diagnósticos Risco de infecção: pertence ao domínio segurança/ proteção e à classe infecção; os diagnósticos Perfusão tissular ineficaz: Renal, Intolerância a atividade e Padrão de sono perturbado pertence ao domínio atividade/ repouso, sendo o primeiro e o segundo pertencendo à classe respostas cardiovasculares/ pulmonares e o último pertencendo à classe sono/ repouso. Os diagnósticos de enfermagem Risco de infecção e Perfusão tissular ineficaz: Renal estavam presentes em 100% da amostra.

A média dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes adultos jovens foi de 5,90 (± 1,33). Do total, 25% dos pacientes apresentaram até 5 diagnósticos e 75% até 7 diagnósticos de enfermagem. Quanto às características definidoras, a média foi de 10,85 (± 3,74). Do total, 25% dos pacientes apresentaram até 8 características definidoras e 75% até 13 características definidoras. A média dos fatores relacionados foi 5,80 (± 1,32). Até 4,50 fatores relacionados estavam presentes em 25% dos entrevistados, e até 7 fatores em 75%.

Identificou-se 33 características definidoras nos pacientes do estudo. Oito estavam acima do percentil 75 e relacionadas aos sinais vitais, equilíbrio eletrolítico, sexualidade, atividade e sono. As características definidoras pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis; elevação nas taxas

de uréia e creatinina sanguíneas e oligúria ou anúria estavam presentes em 100% da amostra.

Quanto aos fatores relacionados, foram identificados 20, entre os quais, 5 encontravam-se acima do percentil 75 e estavam relacionados à oxigenação, sexualidade, ansiedade e doença crônica. Destaca-se que os fatores relacionados Problema de troca no equilíbrio hídrico e eletrolítico corporal e Doença crônica estavam presentes em 100% da amostra.

Discussão

Em estudo semelhante com pacientes renais crônicos em hemodiálise, o sexo predominante foi o masculino; a idade média de 66 anos, variando de 65 a 88 anos; o nível de escolaridade de maior freqüência foi o fundamental e com relação a profissão a maioria era de trabalhadores autônomos do meio rural [10]. Os achados deste estudo, em relação à escolaridade e a ocupação, aproximam-se dos dados da presente investigação.

A maioria dos pacientes era jovem quando recebeu o diagnóstico de IRC, sendo submetido ao tratamento dialítico. Esse tratamento, geralmente, é feito três vezes por semana, dificultando a continuidade do trabalho. Desta forma, o paciente renal crônico interrompe os estudos e o trabalho cedo, solicitando a aposentadoria por invalidez ao Governo em plena fase produtiva.

A investigação dos hábitos de vida permite o conhecimento da história clínica desse paciente. Nesse estudo, a maioria dos pacientes não bebia e não fumava e realizara 37 meses de hemodiálise em média.

A abstinência alcoólica é um dos pré-requisitos para a realização da hemodiálise, pois o álcool eleva a pressão arterial, tornando a aderência ao tratamento mais difícil [11].

A interrupção do uso do cigarro, a redução da dislipidemia e o aumento da atividade física promovem um melhor fluxo de sangue para o órgão e reduzem potencialmente a perda causada pela doença renal crônica [12].

Em outro estudo [10] foram identificados diagnósticos de enfermagem, segundo os padrões funcionais de Gordon, relacionados à nutrição e metabolismo, atividade e exercício, autopercepção e autoconceito, eliminação, percepção e relacionamentos de papéis. Os diagnósticos encontrados foram: Alto risco de infecção, Excesso de volume de líquido, Deteriorização da integridade cutânea, Desequilíbrio nutricional, Fadiga, Déficit de autocuidado, Intolerância à atividade, Déficit de atividade recreativa, Dor crônica, Déficit de conhecimento farmacológico, Alteração da percepção visual e auditiva, Baixa auto-estima, Ansiedade, Desesperança, Diarréia, Interação social prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Cansaço, Manutenção ineficaz da saúde, Deficiência no padrão de sono e Disfunção no padrão sexual.

Em dissertação de mestrado [8], realizada com pacientes transplantados renais, foram identificados dez diagnósticos acima do percentil 75, são eles: Risco de infecção; Percepção sensorial perturbada: visual; Padrão de sono perturbado; Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Fadiga; Disfunção sexual; Percepção sensorial perturbada: auditiva; Dor aguda; Padrões de sexualidade ineficazes; Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Embora a clientela desse estudo não esteja na mesma categoria de tratamento médico da presente investigação, os dados são importantes de serem reportados, haja vista, as populações terem como base a mesma doença. Dessa forma, os resultados desse estudo se aproximam dos estudos supracitados [10,8].

O diagnóstico de enfermagem "Risco de Infecção" foi encontrado em 100% (20) dos pacientes desse estudo – é definido como estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos [7:137] e o fator relacionado (de risco) foi doença crônica. Segundo Thomé [6], o paciente renal em tratamento dialítico está exposto ao risco de contrair infecções pelos microorganismos que colonizam sua pele ou pelos que, eventualmente, contaminam equipamento e as soluções perfundidas.

O diagnóstico de enfermagem "Perfusão tissular ineficaz: renal" foi encontrado em 100% (20) dos pacientes desse estudo – é definido como diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar [7:189]; as características definidoras para esse diagnóstico foram pressão sanguínea alterada, fora de parâmetros aceitáveis, oligúria ou anúria, elevação nas taxas de uréia/creatinina sanguíneas; o fator relacionado foi problemas de troca. Segundo Smeltzer [5], o sistema renal é de fundamental importância para a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico do organismo. Para tanto, os rins são responsáveis por tornar o meio extracelular constante para o funcionamento celular normal, através da excreção

de produtos do metabolismo (uréia, creatinina e ácido úrico), eletrólitos e água obtidos da ingesta alimentar.

O diagnóstico de enfermagem "Padrão de sono perturbado" foi encontrado em 80% (16) dos pacientes desse estudo – é definido como distúrbio, com tempo limitado, na qualidade ou quantidade do sono [7:213]; as características definidoras para esse diagnóstico foram despertares prolongados, insatisfação com o sono e três ou mais despertares durante a noite; os fatores relacionados foram ansiedade, medo, fadiga e trabalho em turnos. Segundo pesquisa de Shidler *et al*. [13], que relaciona distúrbios do sono à qualidade de vida em doentes crônicos, relata baixos escores de qualidade de vida e estão associados à doença coronariana e ao alto nível de fosfato-sérico.

O diagnóstico de enfermagem "Intolerância à atividade" foi encontrado em 55% (11) dos pacientes desse estudo – é definido como energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas [7:33]; as características definidoras para esse diagnóstico foram relato verbal de fadiga ou fraqueza, desconforto ou dispnéia de esforço; o fator relacionado foi o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. Segundo Riella [14], ao iniciarem a diálise, 65% dos pacientes apresentam uma neuropatia urêmica, que é uma polineuropatia distal, simétrica, sensorial e motora, e afeta mais os membros inferiores e os sintomas são fraqueza, atrofia, cãibras e fadiga.

Os adultos jovens em tratamento hemodialítico apresentaram vários diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras. Alguns diagnósticos tiveram origem no surgimento da doença renal crônica, continuando durante o tratamento. Os diagnósticos identificados neste estudo proporcionaram informações necessárias para focalizar os cuidados de enfermagem a essa clientela renal crônica. As intervenções de enfermagem implementadas para os diagnósticos identificados podem contribuir para um melhor direcionamento da assistência de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade de vida a essa clientela.

Conclusão

O estudo foi realizado com 20 adultos jovens em tratamento hemodialítico. Foram encontrados 16 diagnósticos de enfermagem. Quatro diagnósticos estiveram acima do percentil 75, são eles: Risco de infecção (100%); Perfusão tissular ineficaz: renal (100%); Padrão de sono perturbado (80%); Intolerância à atividade (55%).

Destacam-se algumas contribuições deste estudo para a prática de enfermagem voltada ao adulto jovem em tratamento hemodialítico. Alguns diagnósticos devem ser mais explorados na assistência de enfermagem da amostra estudada, tais como Risco de infecção, Perfusão tissular ineficaz: renal, Padrão de sono perturbado e Intolerância à atividade.

O presente estudo permitiu conhecer a realidade dos pacientes envolvidos que estavam em tratamento hemodialítico no período de coleta de dados. Acredita-se que este trabalho contribuirá para o planejamento dos cuidados a pacientes em hemodiálise, resultando em implementações de ações de enfermagem eficazes para a resolução dos problemas identificados.

Ressalta-se a importância da realização de novos estudos com amostragem maior de pacientes, a fim de avaliar a freqüência dos diagnósticos de enfermagem nessa população com o intuito de subsidiar as intervenções de enfermagem e elaboração de protocolos.

O estudo dos diagnósticos de enfermagem é importante, por ser um instrumento útil no planejamento das intervenções de enfermagem. Ofertar um cuidado de qualidade, respaldado no processo de enfermagem, é de competência exclusiva do enfermeiro. Dessa forma, contribui-se para o desenvolvimento da profissão e, conseqüentemente, para um melhor relacionamento com o paciente.

Referências

1. Romão JEJ. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol 2004;36(3 Supl 1):1-3.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Dados estatísticos de pacientes com Insuficiência Renal Crônica [online]. [citado 2007 Out 10]. Disponível em: http://www.sbn.com.br.
3. Cendoroglo M, Sardenberg C, Suassuna P. Insuficiência renal crônica: etiologia, diagnóstico e tratamento. In: Schor N, Srougi M. Nefrologia, urologia clínica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 29-41.
4. Talas MS, Bayrartar N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. J Clin Nurs 2004;13:580- 88.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/ Suddarth Tratado de enfermagem medico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 2419 p.

6. Thomé FS, Gonçalves LFS, Manfro RC, Barros E, Prompt CA, Karohl C. Insuficiência renal crônica. In: Barros E et al. Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 423-40.
7. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006. 312p.
8. Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196/96. Decreto no 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996;4(2 Supl):15-25.
10. Galache BA. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enf Nefrol 2004;7(3):158-63.
11. Gonçalves LFS, Manfro RC, Veronese FV, Saitovitch D. Aspectos clínicos, rotinas e complicações. In: Barros E et al. Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 475-97.
12. Beto JA, Bansal VK. Medical nutrition therapy in chronic kidney failure: integrating clinical practice guidelines. J Am Dietet Assoc 2004;104: 404-9.
13. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis 1998; 32:557-66.
14. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Artigo original

O papel do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV

Valdecyr Herdy Alves, D.Sc.*, Tainara Serodio Amim Rangel**, Audrey Vidal Pereira, M.Sc.***

**Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense, **Enfermeira, Professor Substituto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense, ***Enfermeiro Obstetra, Professor Assistente Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense*

Resumo

No Brasil, no período de 1983 a 2003, houve o registro de 62.960 mulheres infectadas com HIV com idade entre 13 e 39 anos. Considerando que essas mulheres encontravam-se em idade reprodutiva, esse aumento do número de casos resulta no aumento de crianças infectadas por transmissão vertical, o que caracteriza uma situação especial para a assistência no pré-natal. Este estudo tem como objetivos compreender a atuação do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo; caracterizar suas ações, identificar e analisar o nível de conhecimento desses profissionais. O estudo realizado possui natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Esta pesquisa teve como cenário dois hospitais da rede pública do Município de Niterói, e dois do Rio de Janeiro. O processo analítico demonstrou que as enfermeiras atuam conforme recomenda o Ministério da Saúde, pois fazem os aconselhamentos e os encaminhamentos necessários, o que se torna muito importante em um pré-natal que é especial. As enfermeiras mostram-se presentes porque ouvem as dúvidas dessas mulheres, acolhendo seus medos e anseios e favorecem o processo de educação em saúde.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, gestantes, consulta de enfermagem.

Abstract

Nurses' role in prenatal care of pregnant women with HIV infection

In Brazil, from 1983 to 2003 there were 62,960 registered cases of HIV-infected women, aging 13 to 39 years old. Considering that this women were at reproductive age, this increase in the number of AIDS cases has lead to an increase of HIV-infected children by vertical transmission that characterizes a special situation for the assistance in the prenatal care. This study has the objective to understand the performance of nurses in prenatal care of pregnant woman with HIV infection; to characterize their actions, to identify and to analyze the level of knowledge of these professionals. The developed study has descriptive line, with a

Artigo recebido em 9 de julho de 2007; aceito em 19 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: Tainara Serodio Amim Rangel, Rua Prof. Ernani Melo, 32/304, 24210-130 Niterói RJ, Tel: (24) 3607-0019, E-mail: tataserodio@yahoo.com.br

qualitative approach. This research had as scenery two public hospitals of Niterói and two of Rio de Janeiro city. The analytical process showed that nurses act according to Ministry of Health recommendation, because they act correctly in advising and guiding the patients, in this important and special prenatal care. The nurses are always present because they listen to these women's doubts, absorbing their fears and desires and enhancing health education process.

Key-words: prenatal care, pregnant woman, nursing consultation.

Resumen

La actuación del enfermero en el prenatal de gestantes seropositivas al VIH

En el registro de Brasil, en el periodo 1983-2003, se notificaron 62.960 mujeres infectadas por el VIH con edades comprendidas entre los 13 y 39 años. Considerando que esas mujeres se encontraban en edad reproductiva, el aumento de números de casos trae como consecuencia el aumento de niños infectados por la transmisión vertical, lo que caracteriza una situación especial para la asistencia en el prenatal. Este estudio tiene como objetivos la comprensión de la actuación del enfermero en el prenatal de gestantes seropositivas al VIH, caracterizar sus acciones, identificar y analizar el nivel de conocimiento de estos profesionales. El estudio realizado posee naturaleza descriptiva, con abordaje cualitativo. Esta investigación tuvo como escenario dos hospitales de la red pública del municipio de Niterói y dos del Rio de Janeiro. El proceso analítico demostró que las enfermeras actúan conforme recomienda el Ministerio de Salud, pues realizan el servicio de consejeros y los encaminamientos necesarios, lo que se torna muy importante en un prenatal, que es especial. Las enfermeras se muestran presentes porque escuchan las dudas de estas mujeres, acogiendo sus miedos y deseos y favorecen el proceso de educación en salud.

Palabras-clave: cuidado prenatal, mujeres embarazadas, consulta de enfermería.

Introdução

Ao longo dos anos, a mulher ganhou espaço e conquistou direitos por meio de muita luta e sofrimento, diante de uma sociedade que a via apenas como esposa e mãe.

Com o advento dos métodos contraceptivos e, em especial a pílula anticoncepcional, na década de 60 e 70, a mulher passou a controlar melhor a sua fertilidade e socialmente buscou maior independência, e então, diminuiu sua preocupação com o risco de gravidez não planejada. Porém, o uso da pílula sempre foi algo que dependia apenas da vontade da mulher de usar ou não, já o uso do preservativo masculino, depende da vontade do parceiro e as questões DST/AIDS não eram discutidas claramente.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) implantado em nosso país, desde 1984, como fruto da luta do movimento de mulheres trouxe grandes inovações. A principal delas é a abordagem da mulher em sua integralidade ultrapassando a concepção de um programa materno-infantil.

No campo social, a construção da marca diferencial entre mulher e homem é discutida como questão de gênero e imprime determinações para a área da saúde na qual, atualmente, discute-se as relações de poder na atenção à saúde da mulher. Gestar, parir e amamentar fazem parte do universo feminino e o cotidiano assistencial impregnado pela objetividade da ciência e pela estrutura organizacional dos serviços, na maioria das vezes, não contempla a mulher como sujeito e cidadã neste contexto [1].

A vulnerabilidade feminina pode ser analisada como resultante de comportamentos e vivências relativas à sexualidade, à identidade de gênero e às condições sociais mais amplas, como a associação entre pobreza e gênero, o acesso das mulheres a serviços de saúde e a existência, ou não, de políticas públicas direcionadas às mulheres [2].

Paiva [3] chega a afirmar que o aumento dos casos de AIDS, em mulheres, está relacionado a algum tipo de discriminação social que nega a elas poder suficiente para proteger sua própria saúde.

Para esta mesma autora [3], durante muito tempo, a AIDS foi considerada uma doença de homo e bissexuais, e foi esquecida a transmissão heterossexual o que excluiu as mulheres das campanhas educativas e das metas governamentais de assistência à saúde. Desta forma, ela ficou escamoteada pela transmissão homossexual masculina, sendo vista muito mais como conseqüência da bissexualidade masculina e da parceria com usuários de drogas ou hemofílicos. Somente na década de 90, os estudos apontam o crescimento da AIDS em mulheres por

transmissão heterossexual. Começando a surgir ONG's e grupos feministas quebrando a resistência e a timidez com que se tratava a situação da mulher frente à epidemia da AIDS [2].

No campo da saúde, a enfermagem sempre lutou pela regulamentação dos direitos à saúde da mulher e acompanhou cada vitória alcançada, inclusive no que diz respeito à consulta pré-natal. A propósito, vale destacar a atuação efetiva da enfermeira na implantação do Primeiro Programa de Saúde Materno-Infantil, criado pelo MS na década de 30 e 40 [4].

Os programas de Assistência ao Pré-Natal e de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde propõem aos profissionais que atuam na área da saúde da mulher, cuidá-la e assisti-la integralmente. Dentre estes Programas, destaque deve ser dado àquele que enfoca o pré-natal, que tem como finalidade adotar, implementar e executar medidas que propiciem à mulher uma gestação e um parto sem riscos, e também o nascimento de uma criança saudável, e ainda, preparar a gestante e a família para a chegada do recém nascido. Porém, durante a formação do enfermeiro o pré-natal é abordado, o que leva a indagar se os enfermeiros compreendem a relevância do acompanhamento da gestante, e ainda, o que e como deve ser abordado nessa fase. Sendo assim, a assistência ao pré-natal de gestantes soropositivo para HIV acompanhado por enfermeiros contemplaria o maior número de adesão das mulheres? Se os enfermeiros atuassem efetivamente no pré-natal de gestantes com o vírus HIV no acolhimento ao tratamento anti-retroviral, seria possível diminuir ainda mais a transmissão vertical do HIV?

Sabendo-se que a transmissão vertical pode ocorrer tanto durante a gravidez quanto no parto ou através do leite materno, outras questões, além da disponibilidade de medicamentos antiretrovirais (ARV), são necessárias para tornar viável uma estrutura que seja capaz de proporcionar o conjunto de ações para a prevenção desta [5].

Assim, reforça-se a necessidade das mulheres serem assistidas o mais precocemente possível pelos programas de pré-natal para que possam receber atenção e tratamento adequados.

Portanto, os serviços de saúde devem estar preparados para esse atendimento, sabendo respeitar a história clínica de cada mulher. Desta forma, a enfermeira, como toda a equipe, deve estar inserida neste processo, proporcionando um atendimento de qualidade, ou seja, que transmita à mulher segurança, privacidade e tranqüilidade para contar seus medos e anseios em relação à gravidez e à doença, facilitando as informações necessárias à gestante, para que esta compreenda a essência do pré-natal.

Com este trabalho objetiva-se compreender a atuação do enfermeiro no acolhimento das gestantes com sorologia positiva para o vírus HIV e identificar o papel assistencial dos enfermeiros que acompanham o pré-natal de mulheres soropositivo.

Material e método

A possibilidade de realizar uma pesquisa que permitisse ver a atuação dos enfermeiros e as pessoas que o cercavam, foi um desafio grandioso. Para tanto, permitiu-se que as perguntas fossem definidas no seu contexto laboral.

O estudo realizado possui natureza descritiva, com abordagem qualitativa, que possibilita trabalhar com o universo de significados, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [6].

O instrumento para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, possibilitando ao entrevistado expressar suas opiniões, revelando os aspectos subjetivos [7].

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [8] que predispõem sobre a pesquisa com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro nº 178/05.

Como cenário, foram utilizados dois hospitais da rede pública do Município de Niterói, e dois da rede pública do Município do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram realizadas com 06 enfermeiros identificados como E1 a E6 que atuam no Programa de Pré-Natal. Buscou-se verificar nas falas dos enfermeiros que atuam efetivamente no pré-natal de gestantes com o vírus HIV os significados da sua assistência, utilizando-se a técnica da entrevista semi-estruturada, sendo possível realizar a análise descritiva. E, assim, alcançar a essência do fenômeno da atuação do enfermeiro, cuja palavra permitiu caminhar rumo à análise descritiva do fenômeno enfermeiro / pré-natal / mulheres soropositivo.

Os dados obtidos foram analisados através do método de análise do conteúdo descrita por Bardin [9], pois favorece a sistematização da análise dos dados, permitindo particularizar os componentes do estudo e o confronto das partes, tornando possível a redução dos dados, os quais são agrupados de acordo com pontos de convergência, a fim de se realizar o processo de codificação e análise.

Resultados e discussão

Os temas e as idéias centrais que emergiram das entrevistas com as enfermeiras contemplam aspectos sobre a sua experiência, sua expectativa em prestar assistência às gestantes soropositivo para o HIV, e sua opinião após vivenciarem essa prática.

A seguir, serão apresentadas as categorizações que mais se destacaram, com os respectivos discursos do sujeito do estudo.

O enfermeiro no processo de informação junto às gestantes soropositivo - a prática do acolhimento

Segundo o Manual de Pré-Natal e Puerpério (MS) [10], se o resultado do teste de HIV for positivo, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de alto risco, visto que o enfermeiro não tem respaldo legal para realizar esse pré-natal. Dessa forma, ocorre o processo de referência dessas mulheres ao infectologista, ao serviço social, à psicologia, entre outros serviços capacitados para o atendimento.

Nos ambulatórios de pré-natal de alto risco, as enfermeiras atuam junto com a equipe multidisciplinar, realizando o acolhimento e o acompanhamento das mulheres soropositivo para HIV. As falas das entrevistadas nos mostram a preocupação com o processo de informação sobre o resultado positivo para as gestantes, vejamos a seguir:

> (...) eu que sou responsável por pegar e informar os resultados dos HIV's... a gente passa um telegrama, ou telefona e fala com ela que o exame deu indeterminado, para repetir, é muito difícil, elas já ficam muito nervosas (...) E1

> (...) Nos chamamos a mulher para um conversa, dizendo que o exame dela deu um problema e aí a encaminho para o infectologista, o obstetra da unidade e também ficamos acompanhando essa mulher (...) E5

A gravidez provoca na mulher transformações físicas e emocionais que podem emergir sentimentos de medo, angústia, insegurança, dúvida e curiosidade acerca da gestação. Assim, os profissionais de saúde devem estar qualificados para acompanhar as mulheres no período gravídico-puerperal [10].

O papel do enfermeiro é primordial nesse processo do cuidado à gestante, principalmente na informação sobre o resultado do teste bem como no acolhimento das mulheres com resultado positivo. É necessário que elas façam o pré-natal com o objetivo de prevenir complicações e a transmissão vertical, por isso, deve-se atender a mulher acolhendo suas dúvidas, fornecendo orientações e apoio. Os depoentes E1, E3 e E6 descrevem esse papel:

> (...) Esse aconselhamento é feito não só para falar da doença, mas também pra acalmar, esclarecer, tirar dúvidas e principalmente deixar essas mulheres falarem, isso é muito importante (...) E3

> (...) Então a gente acha que só iniciar o tratamento medicamentoso vai resolver, mas não é só a medicação, temos que dar apoio em tudo, a vida dela fica completamente transtornada, esse é o meu papel, acolher essa mulher integralmente, né (...) E6

> (...) mas quando elas vêm de outro lugar já encaminhado direto para o obstetra, ele já avisa que eu faço um trabalho de acolhimento educativo e mandam pra mim... nós trabalhamos muito bem juntos (...) E1

O acolhimento e acompanhamento do enfermeiro nesse pré-natal não descartam a atuação de outros profissionais, ao contrário, como se trata de um pré-natal de alto risco é essencial a presença de profissionais de saúde qualificados no cuidado a gestante soropositivo.

Dentre os profissionais que integram essa equipe há o enfermeiro, técnico de enfermagem, médico obstetra, infectologista, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros que poderão prestar um cuidado mais integralizado, buscando atender as necessidades de cada mulher em sua totalidade e atingir os objetivos do pré-natal que são possibilitar uma gravidez tranqüila, um parto sem intercorrências e o nascimento de uma criança saudável.

O enfermeiro descrevendo seu papel junto ao pré-natal da gestante com HIV

A consulta de enfermagem descrita pelos enfermeiros tem como objetivos orientar e esclarecer essas gestantes em relação aos benefícios da adesão ao pré-natal para ela própria, seu bebê e sua família, ajudá-la a compreender como é importante estar fazendo o tratamento correto para possibilitar uma gravidez tranqüila e um parto e nascimento com maior segurança para ela e seu bebê. Vejamos os depoimentos:

> (...) As gestantes... têm uma carência grande de informação, então, toda orientação dada para elas é feita na consulta, falamos de tudo, da Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, da Terapia Anti-retroviral em Gestantes e principalmente deixamos que elas falem, elas querem isso, ser ouvidas. (...) E2

> (...) Às vezes, ela se descobre soropositivo no pré-natal, é um momento muito difícil... Então, a gente tenta trabalhar essas questões... essas necessidades que estão mais presentes naquele momento(...) E5

O enfermeiro se mostra disponível e acessível às dúvidas e anseios dessa mulher, favorecendo sua adesão ao pré-natal e ao tratamento, demonstrando ter conhecimento sobre as Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes e entendendo que a maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e através do aleitamento materno [5].

As enfermeiras entrevistadas mostraram prestar assistência a essa mulher, seja na consulta de enfermagem, no aconselhamento, na sala de espera, percebendo a necessidade da assistência direta a gestante soropositivo, como mostram as ilustrações:

> (...) algumas mulheres ficam desesperadas. É uma coisa, elas choram muito... Então a gente tem que dar o máximo de atenção, fazemos atividades em grupo mais também individual, sempre buscando entender essa mulher no seu momento de vida (...) E1

> (...) É muito importante estar com a família dessa paciente, com o parceiro, para que seja feito um trabalho com eles também, pra que eles entendam o que é o HIV e como o pré-natal pode ajudar, trabalhar para que a mulher não seja discriminada ou isolada, entende? (...) E2

> (...) Estamos sempre abertas a dar apoio, a cuidar dessas gestantes, pois é um momento em que essa mulher está mais frágil em todos os sentidos (...) E3

Dessa forma, percebe-se que o papel do enfermeiro corrobora em especial para a assistência no pré-natal dessas mulheres, que visa possibilitar a prevenção da contaminação vertical, que é a principal via de infecção pelo HIV em crianças e prima pela qualidade assistencial junto às usuárias do serviço de pré-natal.

O enfermeiro como facilitador no cuidado a mulher soropositivo no pré-natal de alto risco

O Manual de Pré-Natal do Ministério da Saúde [1] determina que é necessário que os profissionais de saúde discutam junto com as mulheres o significado do resultado positivo para o HIV; informar sobre a necessidade de acompanhamento especializado; oferecer informações sobre como, quando e onde poderá ser feito este acompanhamento; informar sobre as medidas disponíveis para diminuir a transmissão vertical; orientar sobre a necessidade de não amamentar; discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativos nas relações sexuais, e por fim, e não mesmo importante, favorecer uma qualidade de vida às mulheres soropositivo no período gravídico puerperal.

As enfermeiras entrevistadas descrevem seu papel facilitador, relatando a importância de conversar com a gestante sobre o que é o HIV, a AIDS, as formas de transmissão, prevenção, tratamento e/ou prevenção da transmissão vertical, acompanhamento do recém-nascido, alimentação do bebê, conforme relatos a seguir:

> (...) Ah, eu acho assim, que o papel do enfermeiro é muito importante, né, porque essa parte de orientação, pode facilitar as coisas, usar uma linguagem de fácil compreensão

> é muito importante, acho que fica praticamente pro enfermeiro isso (...) E1

> (...) O enfermeiro é esse, facilitador, apoiar, se mostrar presente, é isso que diferencia a gente dos médicos, porque se a gestante precisasse só de tratamento com remédio né, tratamento medicamentoso, nós não estaríamos aqui, as gestantes dizem que gostam de falar com os enfermeiros, pois ouvimos mais (...) E2

> (...) Bom, o meu papel aqui é de educação em saúde, é trabalhar isso aí mesmo, cuidar de mulheres que estão grávidas e que por qualquer motivo são soro positivas, o mais importante é facilitar sua vida (...) E3

Para adesão completa do pré-natal se faz necessário o entendimento da gestante sobre a importância de suas necessidades durante a gestação, sendo necessário saber respeitar sua história clínica e de vida para que confie no profissional de saúde.

Outro fator que favorece a adesão do pré-natal e a gestante não se sentir discriminada é o profissional de saúde cuidar dessa mulher juntamente com a família, para facilitar o acompanhamento do pré-natal, como é mostrado nas citações abaixo.

> (...) O enfermeiro tem que estar presente sempre, facilitar a aceitação da própria mulher e da família, a carência de informação, eu volto a afirmar, é muito grande na nossa população (...) E4

> (...) Pelo menos aqui eu vejo que a gente cuida e apóia, assim, como um dos atores principais... por conta de toda essa orientação que se tem... eu consigo acompanhar, às vezes, faço um vínculo com essas mães para trabalhar com elas lá em cima no alojamento (...) E5

> (...) eu acho muito importante isso que a gente trabalha aqui com ela, né. Damos esse espaço para estar conversando com ela, traçando todo um cuidado junto, né ... o que mais me gratifica é o vínculo que você estabelece com ela (...) E6

Sabendo-se que a transmissão vertical pode ocorrer tanto durante a gravidez, quanto no parto ou através do leite materno, outras questões, além da disponibilidade de medicamentos antiretrovirais (ARV), são necessárias para tornar viável uma estrutura que seja capaz de proporcionar o conjunto de ações para a prevenção e a manutenção da saúde dessas usuárias do serviço [5].

Assim, reforça-se na fala das enfermeiras a necessidade das mulheres serem assistidas a partir de uma visão integral pelos programas de pré-natal para que possam receber atenção e tratamento adequados, favorecendo o acolhimento e a sensibilização para um cuidado mais qualificado.

Conclusão

O estudo aponta para a importância do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal da gestante soropositivo para o HIV, pois este profissional conduz sua atenção para além do tratamento medicamentoso ao se colocar como um ator fundamental no papel de educador a partir de um vínculo que estabelece, construindo uma relação de confiança entre ele (profissional) e a cliente.

As depoentes mostraram, em seu discurso, entender o acompanhamento do pré-natal como papel fundamental do enfermeiro, esclarecendo as dúvidas das gestantes por meio de um atendimento individualizado ou em grupo na perspectiva da integralidade do ser mulher gestante soropositivo.

O papel das enfermeiras vai ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde [5], pois executam a consulta de enfermagem, os encaminhamentos necessários, realizam os grupos de gestantes, favorecendo a compreensão da mulher e da família quanto a necessidade do pré-natal, do tratamento do HIV, do ato de não amamentar, a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativos nas relações sexuais e por fim, ouvem as dúvidas dessas mulheres, acolhendo seus medos e anseios, favorecendo o processo do cuidar em saúde.

A saúde vem vivenciando grandes avanços na prevenção e na educação em saúde, assim, a atuação do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV é essencial, sendo o enfermeiro visto como profissional capacitado e reconhecido como facilitador no processo de educação em saúde.

A atuação do enfermeiro na promoção, proteção e apoio à saúde do ser humano, em especial no período gravídico puerperal da mulher portadora do vírus HIV, está voltada para o trinômio (mãe-bebê-pai) e família, atendendo a mulher em sua

totalidade buscando o bem-estar, físico, psíquico, biológico e social.

Referências

1. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/; 2000. 56p.
2. Barbosa RM. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, ed. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume- Dumará: ABIA: IMS/UERJ; 1996. p. 153-68.
3. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experenciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 2000.
4. Tyrrel MA, Carvalho V. Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ);1995.
5. Ministério da Saúde. Manual de doenças sexualmente transmissíveis em gestantes: Manual Técnico. Pará: Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Ações de Saúde - Coordenação Municipal de DST/AIDS; 1999. 40p.
6. Figueiredo AM, Souza RG. Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final. Rio de Janeiro: Lumem Júris; 2005. 276 p.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 [on line]. Rio de Janeiro: CNS; 2005. [citado 2005 julho 07]. Disponível em: URL: http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
10. Ministério da Saúde. Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 158 p.
11. Figueiredo NMA, ed. Método e metodologia na pesquisa científica. 2a ed. São Paulo: Yendis; 2007, 237 p.

Artigo original

Acompanhante no parto na opinião de mulheres admitidas em maternidade pública de Fortaleza

Lucilia Maria Nunes Falcão*, Djânula de Sousa Victor Lopes**

**Hospital Nossa Senhora da Conceição, Secretaria Executiva Regional V (SER V), Secretaria da Saúde de Fortaleza, SMS-CE, Depto de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, FGF, **Hospital Nossa Senhora da Conceição, Secretaria Executiva Regional V, Secretaria da Saúde de Fortaleza, SMS-CE, Hospital São José de Doenças Transmissíveis, HSJ, Secretaria da Saúde do Ceará, SESA-CE*

Resumo

O presente estudo busca identificar conhecimentos e opiniões de mulheres sobre acompanhante no parto. Foi realizado estudo transversal com 188 mulheres admitidas para atenção ao parto em Hospital Público de Fortaleza. Observou-se que mais de 25% já conheciam a lei que permite acompanhante no parto. Contudo, esse conhecimento não possibilitou diferença no acesso do acompanhante (χ^2 = 2,46, p = 0,172). A maior parte das mulheres (74,6%) deseja acompanhante durante a internação. Entretanto, um percentual de 25,4% não quer acompanhante. Ao compararmos as mulheres que desejam com as que não desejam acompanhante, houve diferença significativa de partos anteriores (p = 0,026) e o tipo de parto (p = 0,014). Os acompanhantes mais desejados foram: mãe (48,7%), marido (25,2%) e irmã (21,6%), justificados pela confiança e segurança que transmitem (17,2%), experiência anterior (14,8%), afinidade (12,3%), disponibilidade de tempo (10,7%) e por serem carinhosos, atenciosos e tranqüilos (8,2%). A necessidade da parturiente de auxílio no cuidado a ela e ao recém-nascido (RN), fazem-na desejar mais o acompanhante no Alojamento Conjunto.

Palavras-chave: humanização do parto, acompanhante, saúde da mulher.

Abstract

Childbirth companion in the opinion of women admitted to a public maternity hospital in Northeast Brazil

The objective of this study was to identify knowledge and opinion of women about companion in childbirth. A cross-sectional study was conducted from January 06 to February 12, 2006 with 188 women admitted to a public maternity hospital in Northeast Brazil. More than 25% women already knew about their right to have companion of her choice in childbirth. The knowledge made no difference in access of companion (X_2 = 2.46, p = 0.172). The majority of women (74.6%) would like to have had a companion. Instead, 25.4% did not desire companion. When comparing both groups, there was significant difference in number of previous deliveries (p = 0.026) and type of delivery (p = 0.014). The most desired companion was

Artigo recebido em 17 de julho de 2007; aceito em 20 de janeiro de 2008.
Endereço para correspondência: Lucilia Maria Nunes Falcão, Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, Depto. de Enfermagem, Av. Porto Velho, 401, Bairro João XXIII, 60510-040 Fortaleza CE, Tel: (85) 3299-9900 ramal 11, E-mail: lucilia@fgf.edu.br

mother (48.7%), partner (25.2%) and sister (21.6%). The choice of them was based on security transmitted (17.2%), previous experience (14.8%), friendship (12.3%), availability (10.7%), and for being a caring person (8.2%). The need of help to care for her and the newborn is mentioned as the main reason to desire a companion during romming-in stay.

Key-words: humanizing delivery, childbirth companion, woman health.

Resumen

Acompañante durante el parto en la opinión de mujeres ingresadas en maternidad pública de Fortaleza, Brasil

El presente estudio busca identificar conocimientos y opiniones de mujeres sobre acompañante durante el parto. Fue realizado estudio transversal con 188 mujeres admitidas para atención al parto en Hospital Público de Fortaleza, Brasil. Se observó que más de 25% ya conocían la ley que permite acompañante durante el parto. A pesar de ello, el conocimiento de la ley no tuvo diferencia en el acceso del acompañante (X_2 = 2,46, p = 0,172). Una gran parte de las mujeres (74,6%) desean acompañante durante la hospitalización. No obstante, un porcentual de 25,4% no quiere acompañante. Cuando comparamos las mujeres que desean con las que no desean acompañante, hubo diferencia significativa de partos anteriores (p = 0,026) y el tipo de parto (p = 0,014). Los acompañantes con los cuales se encontraban más cómodas fueron: madre (48,7%), marido (25,2%) y hermana (21,6%), justificados por la confianza y seguridad que transmiten (17,2%), experiencia anterior (14,8%), afinidad (12,3%), disponibilidad de tiempo (10,7%) y por ser una persona cariñosa (8,2%). La necesidad de cuidar de ella y del recién-nacido (RN) es mencionado como la principal razón para desear el acompañante en la habitación compartida.

Palabras-clave: parto humanizado, acompañante, salud de la mujer.

Introdução

Recentemente, o Governo Federal brasileiro estabeleceu através da Lei 11.108 o direito à mulher ser acompanhada por pessoa de sua escolha, ao ser admitida para atenção ao parto nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os momentos de sua estada no hospital: no momento de sua admissão, durante o trabalho de parto e o parto e até no alojamento conjunto no período do puerpério [1]. A justificativa da lei está nas evidências científicas mundiais de que a presença de acompanhante no parto reduz o tempo de duração do trabalho de parto, evita o uso de medicação para dor, melhora a condição de saúde do recém-nascido e aumenta as chances de uma amamentação exclusiva [2,3]. Além disso, estudos realizados no Brasil e em outros países sobre satisfação com o parto apontam uma satisfação maior entre aquelas que tiveram acompanhante no trabalho de parto ou parto [4,5].

Até o momento, somente alguns serviços públicos de saúde do país apresentam experiências concretas da inserção do acompanhante no parto [4,6-15]. Em geral, nas maternidades brasileiras, o acesso de acompanhantes é facilitado a parturientes adolescentes [16] ou que apresentem necessidades especiais físicas ou psíquicas, restringindo-se à presença do responsável, não sendo facultada a escolha do acompanhante.

No município de Fortaleza, a Secretaria de Saúde reafirma o direito de acompanhante no parto em seu documento "Políticas de Saúde para as Mulheres de Fortaleza" [17]. Os hospitais municipais estão sendo estimulados a apresentar propostas de estruturação física e adequação do serviço para a inserção do acompanhante durante a permanência no hospital.

Enquanto essas mudanças se processam, os profissionais de saúde que atuam na atenção obstétrica se questionam e se inquietam: quem a parturiente escolheria para acompanhante no parto? Qual o papel a ser desenvolvido por esse acompanhante?

O presente estudo foi proposto com o objetivo de identificar junto às mulheres quais as opiniões sobre acompanhante no parto, que tipo de acompanhante desejam durante sua permanência no ambiente hospitalar e que atividades o acompanhante executaria. Com essa investigação, esperamos contribuir para a elaboração de estratégias adequadas de implantação do sistema de acompanhante no parto no ambiente de Maternidades públicas, levando em consideração as expectativas e desejos das parturientes.

Material e métodos

Realizou-se um estudo transversal entre mulheres admitidas para atenção ao parto em Hospital Público de Fortaleza, Brasil. Uma amostra de 188 mulheres foi entrevistada. O critério para inclusão na amostra foi a mulher ter realizado o parto no Hospital, independente do tipo de parto e resultado perinatal. Foi aplicado um formulário estruturado, dividido em quatro seções: características sócio-demográficas, dados obstétricos e do pré-natal, informações sobre acompanhante no parto e conhecimento da legislação sobre acompanhante. A entrevista às puérperas aconteceu após um mínimo de 12 horas de sua permanência no Alojamento Conjunto e antes da alta hospitalar. Dessa forma, a puérpera já haveria vivenciado os diferentes ambientes e momentos da estadia na Maternidade: admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto. Por acompanhante entendemos qualquer pessoa, do ambiente hospitalar ou não, que foi percebido pela parturiente como alguém que ofereceu apoio físico, emocional ou psicológico, de forma constante, em algum dos momentos da internação obstétrica.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), local da pesquisa, é hospital de nível secundário da rede municipal de saúde em Fortaleza, Ceará. Com relação à atenção obstétrica, conta com serviços de emergência e internação para partos vaginais e abdominais. Em 2005, atendeu a 2920 partos, representando 25,5% dos partos que ocorrem nas maternidades da rede municipal. Para atenção ao parto, o HNSC conta com um Centro Obstétrico (CO) dispondo de sala cirúrgica para partos abdominais, cinco leitos individualizados no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto) para parto vaginal e um leito para atendimento de urgências obstétricas. No Alojamento Conjunto (AC) existem 27 leitos para partos e outras intercorrências obstétricas. Após admissão hospitalar, a parturiente continua no Centro Obstétrico durante o trabalho de parto e parto. Após o parto, não apresentando complicações, é transferida para o AC onde permanece até a alta hospitalar.

A Maternidade iniciou suas atividades há pouco mais de cinco anos. No processo de implantação, alguns médicos e enfermeiros foram treinados de acordo com os princípios da Política de Atenção Obstétrica ao Parto Humanizado [7,18], através do Projeto de Atenção ao Parto Humanizado – Projeto Luz, uma parceria do Ministério da Saúde (MS), da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE). O Hospital, inclusive, conta com enfermeiros obstétricos treinados para exercer atividades de atenção ao parto normal sem distócia.

A coleta de dados ocorreu no período de 06 de janeiro a 12 de fevereiro de 2006. As entrevistas foram realizadas por acadêmicos de enfermagem devidamente treinados para a aplicação do formulário junto às parturientes. Os dados coletados foram digitados e validados utilizando o programa Epi-Info 6.3.2 (WHO/CDC). As análises univariada, bivariada e multivariada foram realizadas com o software Stata 9.1 for Windows (*STATA Corporation*, Texas, USA).

Houve obtenção do consentimento informado de cada parturiente. A confidencialidade foi garantida às participantes em todos os momentos da pesquisa. O estudo foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará-FIC (Protocolo CEP 058/2006).

Resultados

Quase a totalidade das mulheres admitidas para parto era proveniente de Fortaleza (89,4%), sendo que mais da metade (67,3%) residindo em bairros que compõem a Secretaria Executiva Regional V (SER V), divisão administrativa do município de Fortaleza onde o Hospital está inserido. A SER V está situada em área da periferia da cidade, limítrofe ao município de Caucaia. Decorrente desta proximidade geográfica, um percentual significativo (9,0%) de mulheres residentes em Caucaia busca atenção obstétrica no HNSC. Trabalhos anteriores mostram percentuais semelhantes para o uso de outros serviços do Hospital [19,20]. De fato, entre as mulheres entrevistadas, quase a metade veio ao hospital por morar nas proximidades, independente do município de moradia. Para as mulheres residentes em Fortaleza, outros fatores importantes para a escolha do Hospital foram a indicação de familiares (20,9%) e parto anterior no Hospital (12,6%). O critério de escolha não foi exercido por 12,6% das mulheres trazidas pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), já que o serviço transporta as mulheres para um Hospital mais próximo que possa recebê-las.

A população de mulheres atendidas era jovem. A média de idade foi de 24,2 anos (dp = 6,2; IC 95% 23,3-25,1), sendo que mais de um quarto (26,2%) possuía menos de 20 anos e somente

4,3%, mais de 35 anos. A maioria das mulheres possuía companheiro. Em relação à escolaridade, quase a metade possuía até quatro anos de estudo, com uma pequena parcela delas sem escolaridade. A grande maioria das mulheres fez pré-natal. A média foi de 4,9 consultas realizadas (dp = 2,0; IC 95% 4,6-5,2) sendo que destas, somente 18,4% fizeram 06 consultas. Este percentual está abaixo da média nacional de 20% de mulheres com no mínimo 06 consultas realizadas durante o pré-natal**,** conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [21].

Quanto à história obstétrica, a média foi de 2,6 gestações por mulher (DP = 1,96). Mais de um terço (38,5%) estava na primeira gestação e 20,3% já estavam com quatro ou mais gestações. Das mulheres, 21,4% tinha história de aborto. A média foi de 1,3 partos (dp = 1,7) e quase a metade (44,4%) eram primíparas.

Quando da chegada ao Hospital, quase todas as mulheres vieram acompanhadas, sendo em maior proporção pelo companheiro, em seguida pela mãe ou por outro familiar. Uma pequena parte se fez acompanhar por amigos ou vizinhos. Estudo de Boaretto [6] encontrou perfil semelhante em maternidades do sudeste. Apesar do grande número de mulheres acompanhadas, uma pequena proporção (17%) permaneceu acompanhada durante os exames médicos para admissão no Centro Obstétrico. Entre as acompanhadas, a mãe, marido e amigo representaram, cada um, 20% dos acompanhantes e o terço restante, outros familiares.

Durante o trabalho de parto, o percentual de mulheres acompanhadas diminuiu mais ainda (11,7%). Neste momento, tivemos dois tipos de acompanhante: a doula e o familiar. Quase todas as mulheres (90,1%) acompanhadas durante o trabalho de parto foram assistidas por doulas e somente três mulheres (2,7%) tiveram a presença de marido ou outro familiar. No momento do parto, o percentual de mulheres acompanhadas decresceu novamente. Somente 9.0% das mulheres permaneceram com algum tipo de acompanhante, com a participação (77,1%) de doulas e cabendo participação do marido e mãe, em cinco partos. Após transferência para o Alojamento Conjunto, houve pequeno aumento de mulheres com companhia de familiar. Devido ao pequeno número, as doulas não atuam no apoio às mulheres no pós-parto. Das seis mulheres (3,2%) acompanhadas, mais de um terço o foi pela mãe e mais de 10% pelo pai da puérpera e irmã.

Do total de mulheres admitidas na Maternidade, 15,5% (29) eram menores de 18 anos. Com o amparo legal do Estatuto da Criança e do Adolescente [16] era de se esperar que a maioria fosse acompanhada durante a internação. Apesar de 100% das adolescentes terem chegado acompanhadas ao Hospital, a presença de acompanhante entre elas variou de 3,5% ao máximo de 24% nos vários momentos do processo de parto.

A maior parte das mulheres gostaria de ter tido acompanhante durante a internação. Neste estudo, observamos a predominância de mulheres do círculo familiar sobre o marido, sendo os acompanhantes mais desejados: mãe (48,7%), marido (25,2%) e irmã (21,6%).

Entre as justificativas para a escolha de quem seria o acompanhante, caso permitido, está a confiança e segurança que transmitem (17,2%), experiência com partos e recém-nascidos (14,8%), proximidade por parentesco ou amizade (12,3%), pela disponibilidade de tempo (10,7%) e por serem carinhosos, atenciosos e tranqüilos (8,2%).

O acompanhante foi mais desejado para ajudar na deambulação e cuidados com o RN (45,2%), pela companhia (21,4 %) e pelo apoio psicológico (20,6%).

A estadia no AC é o local onde a maioria das mulheres mais deseja o acompanhante. Em seguida, em ordem decrescente, no momento do parto, trabalho de parto, pós-parto imediato e durante a admissão hospitalar. Há uma diferença significativa entre o local onde mais desejam acompanhante e se o parto foi vaginal ou abdominal (χ^2 = 9,46, p = 0,024).

Mais de um quarto das mulheres referem não desejar acompanhante. Essas mulheres consideram desnecessária a permanência de acompanhante por ter tido parto normal (27,5%), por terem vergonha (5%), achar que outra pessoa atrapalharia (2,5%) ou preferir os profissionais de saúde (2,5%).

Ao compararmos as mulheres que desejam com as que não desejam acompanhante (Tabela I), houve diferença significativa em relação à escolaridade (p = 0,001), número de gestações anteriores (p = 0,008), partos anteriores (p = 0,002) e tipo do parto (p = 0,002). Na análise multivariada (Tabela II), permaneceram como fatores independentes o número de partos anteriores (p = 0,026) e o tipo do parto (p = 0,014). Ou seja, a mulher ter tido muitos partos anteriores ou ter tido parto normal influencia para que não deseje acompanhante.

Tabela I - Características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres que desejam acompanhante e que não desejam acompanhante durante internação para parto em Maternidade Pública de Fortaleza. Fortaleza, 2006.

Variáveis	Deseja acompanhante % (n)		Não deseja acompanhante % (n)		X 2	p
Procedência						
Fortaleza	89,7	(113)	90,7	(39)	0,04	1,000
Outros	10,3	(13)	9,3	(4)		
Idade						
< 18 anos	14,4	(18)	60,5	(26)		
18 a 30 anos	72,8	(91)	27,9	(12)	5,26	0,083
31 a 39 anos	12,8	(16)	11,6	(5)		
Escolaridade						
Até 8 anos estudo	57,9	(73)	86,0	(37)	11,15	0,001*
Mais de 8 anos	42,1	(53)	14,0	(6)		
Companheiro						
Sim	84,8	(106)	95,4	(41)	3,25	0,106
Não	15,2	(19)	4,6	(2)		
Gestações anteriores						
Até 4	88,1	(111)	69,0	(29)	8,23	0,008*
5 ou mais	11,9	(15)	31,0	(13)		
Partos anteriores						
Ate 4 partos	92,1	(116)	73,8	(31)	9,60	0,002*
5 partos ou mais	7,9	(10)	26,2	(11)		
Tipo de parto						
Vaginal	46,8	(51)	75,6	(31)	9,99	0,002*
Abdominal	53,2	(58)	24,4	(10)		
Conhece lei						
Sim	24,6	(31)	25,6	(11)	0,02	0,898
Não	75,4	(95)	74,4	(32)		

* estatisticamente significante (p < 0,05).

Tabela II - Análise multivariada de mulheres que não desejam acompanhante durante internação para parto em Maternidade Pública de Fortaleza. Fortaleza, 2006.

Não desejam acompanhante	OR	IC	Valor de p
Partos anteriores	0,319	(0,11 – 0,81)	0,0006
Tipo de parto	0,353	(0,12 – 0,87)	

Mais de um quarto das mulheres admitidas já conheciam a lei que permite acompanhante no parto. Contudo, esse conhecimento não possibilitou diferença no acesso ao acompanhante às dependências do Hospital ($\chi^2 = 2,46$, p = 0,172).

A televisão ainda é o meio de maior divulgação de informações no país. Quase a metade das mulheres obteve conhecimento da lei através da televisão. O profissional de saúde também foi importante na divulgação da lei, seguido por familiares e amigos e, por último, revistas, jornais e internet.

Discussão

O HNSC veio atender parte da demanda por atenção obstétrica da região oeste da cidade de Fortaleza. Antes, as mulheres percorriam grandes distâncias até serviços de saúde localizados na região central da cidade. De fato, observamos que um dos critérios principais para a procura do Hospital é a proximidade geográfica. A partir do segundo semestre de 2006, a prefeitura de Fortaleza, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ampliou o número de equipes de Saúde da Família no município, melhorando a cobertura da atenção básica na região de abrangência do Hospital. Conhecer a procedência das mulheres que buscam os serviços do Hospital está auxiliando na organização e hierarquização dos serviços obstétricos para a região. Através da interação com as equipes atuantes na área, pode-se fortalecer a rede local de atenção obstétrica e o sistema de referência e de contra-referência que

vincule pré-natal, parto e puerpério entre as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) da área de abrangência e o Hospital.

A indicação de familiares e amigos e a experiência de partos anteriores no Hospital como determinantes para a escolha dos serviços da maternidade do HNSC podem ser consideradas um indicador da satisfação por essa parcela da população com o serviço obstétrico oferecido. A propaganda e/ou experiências negativas com o serviço poderiam afastar as mulheres apesar da facilidade geográfica encontrada pela maioria.

Chama a atenção o alto percentual de partos abdominais (41%). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a taxa ideal de 15% para partos abdominais com níveis aceitáveis de até 30%. Como hospital de nível secundário, o HNSC possui capacidade para atender a partos normais e com moderada complexidade que demandem intervenção cirúrgica. Ao compararmos o percentual de cesáreas com o de hospitais terciários que recebem mulheres com maior risco obstétrico, observamos parâmetros muito aproximados**.** Vale salientar que de 10% das mulheres não obtivemos informações sobre o tipo de parto. Poderíamos assim, ter um percentual até maior de partos abdominais. Entretanto, relatórios técnicos referem percentuais de 45% para o Hospital, aproximados aos encontrados neste estudo.

Estudos anteriores discutiram as causas para o alto número de partos abdominais no país [22]. Para Tornquist [14], a "epidemia" de cesáreas no País é o reflexo da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e o processo natural de parir. Entre outros fatores, sua redução depende de uma reorganização da atenção obstétrica em que novos atores possam participar no processo de parto normal [23,24]. No Brasil, já existem experiências exitosas de inversão da lógica da prática obstétrica dominante, através do estímulo à escuta da parturiente, diminuição de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto e a inclusão de acompanhante de escolha da mulher. Essas e outras alternativas trazem inúmeros benefícios que se traduzem também em menor número de partos abdominais.

O acompanhante ideal no parto é tema de discussão na área obstétrica. Para alguns autores [25], o acompanhante ideal seria um indivíduo pertencente ao círculo familiar ou social da parturiente, que não possui ligação com o serviço de saúde e está presente no hospital somente para oferecer apoio emocional àquela parturiente. Neste caso, marido, familiares ou amigos da mulher. Para outros [26]**,** o acompanhante ideal seria pessoa com alguma ligação com o ambiente hospitalar, mas sem treinamento formal na área de saúde que ofereceria apoio psicológico e algumas medidas de conforto às mulheres, denominada *doula*.

Diversos estudos demonstram que a presença de doulas é benéfica [2,3]. Além de proporcionar apoio físico e emocional à mulher e seus familiares, auxiliam na melhora dos resultados perinatais com a redução do tempo de trabalho de parto, diminuindo o índice de complicações e dos percentuais de parto abdominal. Infelizmente, não existem estudos consistentes que avaliem os resultados obstétricos da presença de acompanhante de escolha da mulher no parto. Esta lacuna, observada por Brüggermann [27], permanece porque na maioria dos estudos realizados em países em desenvolvimento não é permitido acompanhante no parto. Independente de quem seja o acompanhante, em nosso estudo observamos que as mulheres desejam pessoas com as quais possam se sentir seguras e confortáveis durante a estadia no hospital [9]. Dessa forma, a escolha do acompanhante pelas mulheres é baseado principalmente pela possibilidade de apoio emocional durante o trabalho de parto e parto, sejam eles marido, familiares, amigos ou doula oferecida pelo hospital.

A mulher chega acompanhada ao Hospital. No momento que é admitida, o acompanhante é dispensado. Um número significativo deles permanece na recepção do Hospital, mesmo sem a possibilidade de permanência ao lado da parturiente. Segundo as pacientes, somente o fato de saberem que alguém está do lado de fora as deixa mais tranqüilas por sentirem que, se necessário, terão apoio dos familiares. Isto nos mostra o desejo e necessidade das mulheres de acompanhante e a possibilidade de familiares permanecerem como acompanhantes uma vez permitida pelo serviço.

A presença do acompanhante não é um direito garantido, mesmo nos casos de adolescentes internadas para assistência ao parto. Nas regiões do Brasil onde o estímulo ao acompanhante é mais intenso, como em maternidades do Rio de Janeiro, estudo evidenciou que mais de um terço dos hospitais (35%) ainda impõem algum tipo de restrição ao acompanhante para adolescentes em todas as etapas da internação e outros 5% não o permitem [6]. Isso reflete o quanto ainda se precisa avançar na garantia de direitos já adquiridos e identificar os mecanismos

para a permanência dessa barreira exercida pelo serviço de saúde para a entrada de acompanhante.

Entre as mulheres pesquisadas, os papéis esperados do acompanhante são o provimento de apoio emocional e auxílio com tarefas de cuidado a ela e RN. De fato, Medves [28] em seu estudo de meta-análise, verificou que as atitudes de apoio emocional, demonstrações de calma e confiança e tratamento com respeito são atitudes que mais ajudam durante a internação hospitalar.

O tipo de parto parece influenciar o local onde mais as mulheres desejam acompanhantes [14]. De fato, verificamos que o acompanhante é mais desejado no Alojamento Conjunto. Entre as possíveis explicações, está a necessidade da parturiente de auxílio com os aspectos práticos do cuidado a ela e ao recém-nascido (RN). Em especial, as pacientes submetidas a parto abdominal apresentam maiores dificuldades ao deambular e nos cuidados com o recém-nascido. Assim, desejam mais a presença de um acompanhante para ajudá-la nestas atividades. Ao mesmo tempo, há carência de pessoal técnico-hospitalar para um cuidado mais próximo às mulheres com dificuldades de deambulação ou que apresentem condições de saúde que necessitem maior atenção da equipe de enfermagem. Desta forma, observa-se um pequeno relaxamento das restrições à presença de acompanhante. É interessante notar que dos locais da maternidade, este é o que menos oferece condições de conforto e privacidade ao acompanhante e puérpera e justamente onde há maior presença deles. Além do fato de ser local de maior necessidade, supomos ser um espaço onde a intervenção médica sobre o parto já aconteceu. O Alojamento Conjunto é visto pelos profissionais como espaço de recuperação, a representação de um local onde mulher e recém-nascido estão fora de perigo e onde a intervenção médica é menor. Evidentemente, este assunto requer maior investigação por estudos posteriores.

A preferência de uma mulher da rede familiar sobre o companheiro é visto em maternidades que trabalham com camadas populares da população [14]. Entre as justificativas apresentadas para a escolha da acompanhante, a vivência pessoal de um parto foi o fator decisivo. De fato, a preferência para acompanhante recai sobre mulheres que já tiveram filhos, pela experiência anterior [12,14]. O marido aparece como o segundo acompanhante mais desejado. Entre as que preferiram o marido, mencionaram o fato dele ser o pai do bebê ou por ser a única alternativa disponível. O Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, que permite presença de acompanhante, apresenta um padrão diferenciado, onde a maioria dos acompanhantes (60,7%) são os maridos/companheiros seguidos por 16,1% de amigas [9]. Outra experiência de estímulo à participação dos companheiros em maternidade pública [7] encontrou diferentes fatores intervenientes, entre eles as concepções das mulheres e pais sobre a participação masculina no processo do parto. Ou seja, nem sempre as mulheres queriam a presença do companheiro, mesmo sendo permitida, por considerar que não era um espaço masculino, suas atribuições estariam mais direcionadas a prover suporte após o parto, tais como providenciando objetos necessários à puérpera e RN, transporte para retorno à residência após a alta entre outras atividades. Observamos que a construção social do papel do companheiro no processo do parto é diferenciada, entre as regiões do país e mesmo entre camadas sociais de uma mesma região. No Nordeste, ainda permanecem atitudes mais conservadoras em relação à participação do marido no processo do parto. Por outro lado, estudo de Hotimsky [12] menciona o fato de mulheres de camadas mais favorecidas da população, com maior escolaridade, preferirem o marido por estarem de acordo com o paradigma de família nuclear urbana. Ao compararmos a escolaridade da mulher e o tipo de acompanhante desejado, não foi encontrada diferença significativa ($\chi^2 = 1,00$, $p = 0,908$). As atividades para as quais os acompanhantes são desejados estão semelhantes com os papéis desempenhados por acompanhantes em outras instituições de saúde do país [9].

Para algumas mulheres, preferir ficar desacompanhada pode estar associado ao desejo de preservar a privacidade. No presente estudo, quanto maior o número de partos anteriores, maior o número de mulheres que não deseja acompanhante. Como sugere Hotimsky [12], um maior recato e modéstia em relação à sexualidade parecem estar associados à idade e número de filhos anteriores. Em nosso estudo a idade não influenciou. Durante a entrevista, entre as razões apontadas foi considerar o parto como um evento natural que não necessita muito alarde, nem movimentação. Para outras, a presença do companheiro ou familiar estaria condicionando a ausência deste em sua residência onde ficaram os outros filhos. Desse modo, preferem que os familiares dêem assistência em casa a permanecer no Hospital.

É grande ainda o desconhecimento das mulheres sobre seus direitos a acompanhante no parto, mesmo em regiões mais desenvolvidas do país. Em 2003, antes da Lei Federal 11.108, estudo em Maternidades do Rio de Janeiro apontou a carência de informações sobre lei municipal dando direitos a acompanhante [7]. Entre as fontes de informação sobre a lei, vimos que quase a metade das mulheres que conhecia a lei foi informada por profissional da saúde durante o pré-natal ou internação. O momento do pré-natal é o momento ideal para propiciar informações que possibilitem à mulher e seus familiares a escolha do acompanhante ideal no momento do parto. Apesar de observada uma boa cobertura do pré-natal (90%), a oportunidade da presença da mulher não foi usada para informá-la sobre seus direitos sobre acompanhante.

Conclusão

A hospitalização da assistência obstétrica provocou o distanciamento dos familiares do fenômeno do parto, antes restrito ao ambiente familiar. Com os avanços tecnológicos na obstetrícia, cada vez mais as mulheres deixam de ser protagonistas para serem coadjuvantes no processo de parto. De acontecimento natural, o parto passou a ser medicamente controlado, ganhou tecnologia e perdeu calor humano. O estímulo ao acompanhante no parto abre possibilidades para que as mulheres recebam alguma forma de suporte físico e emocional. A inserção do acompanhante desde o pré-natal poderia ser usada para preparar gestantes e familiares para a estadia no ambiente hospitalar, bem como para dirimir dúvidas, medos e anseios sobre o processo de trabalho de parto e parto. Inclusive, a visita prévia das gestantes ao possível local de parto, poderiam ajudar a desmistificar e tranqüilizar a parturiente sobre o que esperar do ambiente hospitalar.

Devemos observar as construções de família e gênero das mulheres atendidas para não elegermos determinado acompanhante como "ideal" para o parto e que não são compartilhados pelas mulheres. Como vimos, as puérperas desejam mulheres com experiência anterior e pessoas calmas, carinhosas, atenciosas. O papel das doulas é imprescindível para oferecer apoio e acompanhamento, se solicitado, às mulheres que não possam ou não desejem ser acompanhadas por familiar ou amigo. A presença de um não significa a ausência de outro. A possibilidade de escolha com relação a quem será o acompanhante no parto, até a opção de estar desacompanhada, é um dos aspectos fundamentais do reconhecimento deste direito reprodutivo. A decisão cabe à mulher.

Entre os cuidados ao se observar na implantação de acompanhante no parto, devemos considerar o impacto das mudanças junto aos profissionais de saúde. A resistência dos profissionais, um acontecimento esperado, pode ser minimizada se precedida de momentos de sensibilização, discussão e de orientações para todos que estão direta ou indiretamente envolvidos com a assistência obstétrica, acolhendo sugestões, críticas e discutindo a mudança de paradigma envolvida na presença do acompanhante no parto para a humanização da assistência ao parto e puerpério.

A presença do acompanhante no parto é uma importante política pública para a saúde da mulher, contribuindo para o parto e nascimento saudáveis e constituindo-se no diferencial de qualidade nos serviços de saúde que incorporaram a prática.

Referências

1. Brasil. Lei 11.108. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto mediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília: DOU; 2005.
2. Klaus M, Kennell J, Robertson S, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J 1986;293(6547):585-7.
3. Hodnett E. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2001;1:CD000199 (última versão 21 Ag 2001).
4. Domingues R, Santos E, Leal M. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad Saúde Pública 2004;20:552-62.
5. Murray J, Wilcock A, Kobayashi L. Obstetrical patient satisfaction. Health Care Mark 1996;16:54-57.
6. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
7. Carvalho M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública 2003;19:5389-98.
8. Christoforo FFM. Dois olhares na assistência humanizada ao parto: vivência de mulheres e opinião de profissionais de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
9. Souza PC, Basile A, Silva S, Komura HL. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. REME Rev Min Enferm 2003;7:41-7.
10. Dias M, Domingues R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10:669-705.

11. Florentino LC. A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
12. Hotimsky S, Alvarenga A. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? Estudos Feministas 2002;10:461-81.
13. Pinto CMS. Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
14. Tornquist C. Paradoxos da humanização em uma maternidade do Brasil. Cad Saúde Pública 2003;19: S419-S427.
15. Valverde R, Diniz N. Humanização do parto: revisando as formas de cuidar. Rev Enfermagem UERJ 2001;9:305-9.
16. Brasil. Lei 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Título II - Capítulo I, artigo 12; 13 jul 1990.
17. Políticas de Saúde para as Mulheres de Fortaleza. Prefeitura de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2005.
18. Brasil. Portaria GM/569. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
19. Souza ACC, Borges JWP, Falcão LMN, Silva MRF, Moreira TMM. Na contramão dos serviços: identificando as Unidades Básicas de Saúde para o atendimento ao portador de hipertensão arterial. In: VI Seminário de Pós-graduação em Pesquisa da UNIFOR; 2006.
20. Falcão LMN, Silva JGS, Carvalho AL. Definindo a área de abrangência: Experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, HNSC. In: II EXPOESP, III Mostra de Saúde da Família do Ceará, II Mostra em Vigilância do Ceará, IV Fórum e II Mostra de Residência Médica do Ceará, I Fórum de Responsabilidade Social e I Mostra de Arte e Cultura em Saúde Pública. Exposição da Escola de Saúde Pública do Ceará; 2006.
21. Serruya S, Cecatti J, Lago T. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública 2004;20:1281-89.
22. Potter J, Berquó E, Perpétuo I, Leal O, Hopkins K, Souza M et al. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. Br Med J 2001;323:1155-8.
23. Chacham AS. A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesário em Belo Horizonte [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
24. d´Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no município do Rio de Janeiro[tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde; 2003.
25. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Duley C, Hodnett E, Hofmeyr J. Social and professional support in childbirth. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 2000.
26. Klaus M, Kennell J. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. Acta Paediatr 1997;86(10):1034-6.
27. Bruggermann O, Parpinelli M, Osis M. Evidencias sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública 2005;21(5):1316-27.
28. Medves J. Review: continuous caregiver support during labour has beneficial maternal and infant outcomes. Evid Based Nurs 2002;5:105.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2008;7(2)

Artigo original

O idoso acamado no contexto familiar: demanda de cuidados e implicações sobre o cuidador

Edileuza Silva de Medeiros*, Maria das Graças Melo Fernandes, D.Sc.**

**Enfermeira, Programa de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, Especialista em Programa de Saúde da Família pela UFPB, Enfermeira Assistencial do Hospital e Maternidade Pe. Alfredo Barbosa, Cabedelo PB, **Enfermeira, Profa. Adjunta do DEMCA/CCS/UFPB, Especialista em Gerontologia (SBGG), Doutoranda em Sociologia (UFPB)*

Resumo

Este estudo objetivou identificar as demandas assistenciais de idosos acamados, bem como as implicações dessas demandas para os cuidadores familiares. A amostra investigada incluiu doze cuidadores, em sua maioria do sexo feminino, com idade acima de 51 anos, os quais cuidavam de seus parentes idosos há mais de três anos. Os idosos tinham idade superior a 71 anos, sendo a maioria do sexo feminino, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com elevado grau de dependência para as atividades básicas da vida diária. Os dados foram acessados por meio de entrevista e analisados através da Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontaram que, dado o elevado grau de dependência dos idosos, estes requeriam uma demanda de cuidados significativa. Considerando as implicações desse evento para os cuidadores, verificamos principalmente respostas negativas: sobrecarga relativa à dependência do idoso; sobrecarga relativa ao exercício simultâneo de papéis; obrigação/tristeza; interação prejudicada com o idoso; déficit de lazer e de autocuidado; sentimento de pena, compaixão e culpa. Apesar da elevada significância desses achados também observamos cuidadores que manifestaram satisfação no cuidado.

Palavras-chave: saúde da família, idosos, cuidadores, cuidado.

Abstract

The old people in bed in the family context: need of care and implications about the caregiver

This study has aimed at identifying the needs of the old in bed as well as the implications of the care when it comes to those people's caregivers. The research sample included twelve caregivers, who were mostly female, with ages higher than 51 years old that have taken care of their elderly parents for more than three years. The elderly had ages above 71 years old, mostly female, sick with non-contagious chronic diseases, with a high degree of dependence for basic activities of the daily routine. The data were accessed by means of interview and analyzed through the collective individual discourse analysis technique. The results point out that, given the high degree of dependence of the old, they demanded very significant care. Considering the implications of this event for the caregivers, we verified mainly negative responses: overwork owing to the dependence of

Artigo recebido em 06 de agosto de 2007; aceito em 7 de abril de 2008.
Endereço para correspondência: Edileuza Silva de Medeiros, Av. Cabo Branco, 2834/411 Cabo Branco 58045-010 João Pessoa PB, E-mail: edipsf@yahoo.com.br

the elderly; overwork owing to simultaneous activities; duties/sadness; damaged interaction with the elderly; less leisure time; less self-care; pitiful feelings; pity and guilt. In spite of the high degree of significance of these finds, we also found caregivers that express satisfaction when taking care of those people.

Key-words: family health, elderly, caregivers, care.

Resumen

El anciano en cama en el contexto familiar: demanda de cuidados e implicancias acerca del cuidador

Este estudio tuvo como objetivo identificar las demandas asistenciales de ancianos en cama bien como las implicancias de esas demandas para los cuidadores familiares. La muestra investigada comprendió 12 (doce) cuidadores, en su mayoría, del sexo femenino, con edad mayor de 51 años, los cuales cuidaban de sus parientes ancianos por más de tres años. Los ancianos tenían edad mayor de 71 años, siendo la mayoría del sexo femenino, portadores de enfermedades crónicas no transmisibles, con elevado grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Tuvimos acceso a los datos por medio de entrevista y analizados por la Técnica de Análisis del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados apuntan que, dado el elevado grado de dependencia de los ancianos, estos requerirían una demanda de cuidados significativa. Considerando las implicancias de ese evento para los cuidadores, verificamos principalmente respuestas negativas: sobrecarga relacionada a la dependencia del anciano; sobrecarga relacionada al ejercicio simultáneo de papeles; obligación/tristeza; interacción perjudicada con el anciano; déficit de recreación y de auto cuidado; sentimientos de pena, compasión y culpa. A pesar de la elevada significación de eses hallazgos, también observamos cuidadores que manifestaron satisfacción en su cuidado.

Palabras-clave: salud de la familia, ancianos, cuidadores, cuidado.

Introdução

No Brasil, bem como noutros contextos, os idosos, quando dependentes funcionalmente, são cuidados especialmente por mulheres que, geralmente, residem no mesmo domicílio. Estudos sobre essa temática mostram também que 39,3% dos cuidadores, entre sessenta e oitenta anos, cuidavam de 62,5% dos pacientes da mesma faixa etária, demonstrando que pessoas idosas estão cuidando de outros idosos [1].

As condições biopsicossociais desses cuidadores nos levam a inferir que os cuidadores são "doentes" em potencial e sua capacidade funcional está constantemente em risco [1], ou seja, provavelmente também precisarão de cuidados. Tal condição demanda dos profissionais de saúde o compromisso de planejar e implementar assistência individualizada ao idoso e ao cuidador familiar.

Frente a essa realidade, o Programa Saúde da Família surge como uma estratégia capaz de promover esse cuidado, especialmente por meio do atendimento domiciliar. Apesar disso, essa assistência tem ocorrido de forma limitada, devido à falta de materiais e equipamentos ou de uma rede de suporte institucional. Para se buscarem estratégias de organização das práticas de atenção à saúde, especialmente as voltadas para o atendimento ao idoso, faz-se necessário também que ocorram mudanças estruturais que garantam a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como forma de assegurar seu atendimento integral e humanizado [2].

Assim, visando preencher lacunas no tocante ao conhecimento da realidade do idoso acamado e do cuidador familiar, no contexto do processo de cuidar em ambiente domiciliar, esta pesquisa objetivou identificar as demandas assistenciais de idosos acamados e investigar as implicações do cuidado para os cuidadores familiares desses idosos.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, o qual foi desenvolvido em uma área adscrita do Programa de Saúde da Família (PSF) Geisel I, localizado no Distrito Sanitário II, cidade de João

Pessoa – PB, nos meses de janeiro e fevereiro de 2006. Durante todo o processo de investigação, foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, considerando a relação pesquisadora/participantes do estudo, conforme dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [3].

Foram investigados doze cuidadores, em sua maioria, do sexo feminino, com idade acima de 51 anos, casados, com dois filhos em média, exerciam apenas as atividades do lar e possuíam baixo nível de escolaridade. Quanto ao tempo de desempenho do papel de cuidador, 50% cuidavam há mais de três anos do seu parente idoso, apesar de apresentarem problemas de saúde, a exemplo da hipertensão arterial. A maioria dos idosos tinha mais de 71 anos, era do sexo feminino, sendo acometida principalmente por hipertensão, diabetes e seqüelas de Acidente Vascular Encefálico.

O instrumento para a coleta de dados compreendeu um roteiro de entrevista com questões abertas, semi-estruturadas, fundamentadas pela literatura pertinente, contemplando, além dos dados sócio-demográficos do cuidador e do idoso, questões referentes à demanda de cuidados dos idosos, mensurada pela Escala de Barthel [4], e itens direcionados a investigar as implicações do cuidado sobre o cuidador. As informações obtidas foram analisadas qualitativamente por meio da Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo apresentada por Lefèvre *et al.* [5].

Resultados e discussão

Demanda de cuidado dos idosos

Considerando que o grau de dependência do idoso possui íntima relação com a demanda de cuidado, esta foi a variável eleita para avaliarmos a necessidade de ajuda evidenciada pelos idosos. Os idosos investigados apresentavam dependência para diferentes atividades básicas da vida diária, ou seja, doze eram dependentes para execução de banho; onze, para escadas; dez, para vestuário e higiene pessoal; nove, para uso do vaso sanitário e deambulação; oito, alimentação e sete, para passagem da cadeira ou cama. Para as necessidades de eliminações, com relação às dejeções e micções, sete e seis, respectivamente, eram incontinentes. Este resultado mostra o elevado nível de dependência dos idosos, bem como a significativa demanda de cuidados, evidenciada por estes.

Implicações do cuidado sobre a vida dos cuidadores familiares

Quadro 1 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: "Quais são suas dificuldades na tarefa de cuidar?"

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Sobrecarga relativa à dependência do idoso	Não posso pegar em peso, varrer casa, lavar roupa. Alimentação na hora certa, trocar de um lugar para outro, tem dia que eu me perturbo. Dar banho só, pois necessita de mais de duas pessoas. Fazer higiene pessoal, transportar da rede para o banheiro, sinto dificuldades em tudo, por causa do peso dela. Pegar de uma cadeira para outra, tem que estar sempre perto, porque tem que providenciar tudo para perto dele: roupa, banho, comida, (...).
Idéia central (2)	**Discurso do sujeito coletivo (2)**
Sobrecarga relativa ao exercício simultâneo de papéis	Realizar os afazeres domésticos e passar a noite cuidando dela. Eu queria ter mais tempo, mas tenho casa, menino. Eu cuido dela direitinho, mas os vizinhos ainda dizem que eu desprezo, porque tenho que fazer compras e buscar o leite. Estou me sentindo cansada por ter que cuidar dela e realizar os afazeres domésticos. É muito difícil cuidar dela, porque eu tenho a escola, a casa e ela.

Analisando a primeira idéia central, *sobrecarga relativa à dependência do idoso,* verificamos que, no relato dos sujeitos, a maior sobrecarga está na realização de tarefas relacionadas aos cuidados pessoais e instrumentais rotineiros que realizam, no geral, sozinhos. Além disso, os cuidadores mencionaram a dificuldade de realizar tais tarefas em decorrência dos limites impostos pela sua idade avançada. A vivência dessa realidade por parte dos cuidadores familiares exige força física, força emocional, conhecimentos sobre a doença e habilidade para lidar com a mesma [6]. As tarefas de realizar cuidados corporais e íntimos de higiene são tidas como as mais difíceis pelos cuidadores, pelo fato de invadirem a privacidade da

pessoa idosa, principalmente quando esses cuidados são realizados pelo homem à mulher, existindo constrangimento de ambas as partes. Já as tarefas relacionadas às eliminações são tidas como preocupantes, penosas e difíceis, exigindo maior dedicação e demanda por parte de quem as realiza [7].

A carência de instituições sociais de amparo ao idoso faz com que a responsabilidade máxima de sua assistência recaia sobre a família, a qual passa a desempenhar os cuidados requeridos pelos idosos, que vão desde o vestir, alimentar, levar ao médico, descer e subir escadas e, até mesmo, realizar pequenos passeios ou visitas possíveis [8]. Cuidar de um idoso dependente é um dos eventos mais estressantes e perturbadores no ciclo de vida familiar, podendo levar alguns familiares a se distanciarem da situação de cuidado para evitar confrontos, compromissos desagradáveis e a redefinição dos papéis estabilizadores. Para o cuidador, o cuidado desprendido ao paciente idoso acamado, trata-se não só de uma sobrecarga nas atividades, mas também de uma ameaça à sua saúde, pois muitos adoecem e agravam problemas já existentes [9].

Quanto à *sobrecarga relativa ao exercício simultâneo de papéis*, evidenciada no relato dos sujeitos, decorre do fato de o cuidador, particularmente as mulheres, terem, além dos afazeres domésticos, a árdua tarefa de cuidar dos filhos e do idoso acamado, os quais preenchem todo o seu tempo. Esse contexto requer modificações na dinâmica familiar, cujas rotinas domésticas terão que ser reorganizadas com base nas necessidades do idoso, pois ele passa a ser o foco de atenção da família [10]. Tal reorganização, no geral, torna-se difícil em conseqüência da redução do tamanho da família e do maior engajamento das mulheres em atividades fora do âmbito doméstico.

Quadro 2 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: *"Como o(a) senhor(a) se sente ante a tarefa de cuidar?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Sentimentos negativos: obrigação e tristeza	Eu me sinto obrigada a fazer, pois ela está aqui em casa. Eu cuido dela porque ela é minha mãe. Eu não tenho raiva de cuidar dela; acho que é um dever, pois ela só tem a mim para cuidar. Se fosse um de fora, eu não cuidaria; se fosse por dinheiro, eu faria, mas não seria bem feito. Vejo-me obrigado, enquanto eu tiver saúde, eu tomo conta. Quando ele foi piorando eu me sentia muito triste. Traumatizada, vontade de chorar. Se eu não fosse uma pessoa forte, eu já teria entrado em depressão. Eu sinto prazer, mas sinto desgosto.
Idéia central (2)	**Discurso do sujeito coletivo (2)**
Sentimento positivo: satisfação no cuidado	Tenho certeza que, se ela tivesse na mão de alguém, eu não me sentiria bem. É responsabilidade, amor. Eu me sinto satisfeita em saber que tenho que cuidar, pois ele é meu pai. Eu me sinto feliz. Eu me sinto realizada em poder cuidar. Sinto-me mais apegada, mais amiga e companheira. Eu sinto que amo muito, eu não desprezo ela por nada, não abandonarei jamais. Meus sentimentos são grandes; se não tivesse amor e carinho, já teria abandonado.

Esse discurso expressa duas idéias centrais antagônicas: *sentimento negativo: obrigação/tristeza e sentimento positivo: satisfação no cuidado.*

A satisfação no cuidado expressa que cuidar do parente idoso também pode representar para o cuidador senso de realização, de significância, responsabilidade, solidariedade, amor, felicidade, prazer e satisfação. Nessa perspectiva, a pessoa que cuida passa a ter sua vida modificada, dando-lhe um sentido até então inexistente, verificado a partir do crescimento e transformação interior [9].

Assim, torna-se vantajoso investir nos aspectos positivos do cuidar, porque o cuidador fala deles, e isso o beneficia emocionalmente, podendo auxiliar os profissionais a construir informações no sentido de ajudar os cuidadores a superar os sentimentos negativos decorrentes do cuidado. Vale ressaltar a importância de desmistificar esses sentimentos como disfuncional, problemático e patológico, aspectos supervalorizados pela psicologia e pelas ciências sociais [11].

Quadro 3 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: *"O que mais lhe aflige na provisão do cuidado ao idoso?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Interação prejudicada com o idoso	Eu gostaria que ela pudesse avisar quando quisesse fazer as necessidades fisiológicas. Ele maltrata com palavras, dizendo que está passando fome. Quando ela está irritada, fica pedindo comida o tempo todo. Ela sempre diz que está doente. Tomar conta é muito difícil devido ao seu desencorajamento. Quando eu quero saber o que ela quer e não sei. É como se ela fosse a minha filha, e eu a mãe dela.

Conforme expresso no discurso do sujeito coletivo, presente no quadro 3, cuidar de idosos acamados gera uma situação interativa prejudicada entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Isto é determinado, na maioria das vezes, pelo fato de o idoso se sentir impotente, revoltado e agressivo diante da dependência. Também contribui para a ocorrência desse fenômeno a inversão de papéis desempenhados pelo idoso e pelo cuidador, especialmente quando essa relação se dá entre pais e filhos. Diante deste contexto, verificamos que a paciência e a compreensão multidimensional da doença do idoso pelo cuidador é, sem dúvida, um atributo necessário para se prestar o cuidado.

Quadro 4 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares dos idosos acamados, em resposta à: *"Fale-me do seu tempo para se distrair e cuidar de si?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Déficit de lazer	Ultimamente, eu vou passar um tempinho na casa da minha mãe, mas volto logo. Antes, eu tinha, mas agora o tempo é curto. Quando tem gente em casa, às vezes, à noite quando ele dorme. Não, pois só vivo do trabalho para casa e de casa para o trabalho. Sem lazer, sem poder visitar as pessoas, sem poder fazer compras. Deixo de sair com minhas amigas para cuidar dela. Não posso sair porque tem que ficar sempre em casa.
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Déficit de autocuidado	Cuido-me pouco, só faço tomar banho e trocar de roupa. Quando sobra tempo dela, eu cuido de mim. Não, tem hora que eu deixo de cuidar de mim para cuidar dela. Estou sempre cuidando de alguém, mas de mim nada.

O discurso ora evidenciado pelos cuidadores está em consonância com a assertiva de Karsch [1], Sommerhalder e Neri [12], as quais apontaram a falta de tempo e a diminuição da atividade social como fatores que afetam as vidas particulares dos cuidadores que renunciam seu próprio cuidado em detrimento do cuidado do idoso.

Considerando isso, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso recomenda que as pessoas que prestam cuidados devem receber atenções especiais, pois a tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador [13]. Apesar desse dispositivo legal trazer tal recomendação, pouco tem sido feito em prol dos cuidadores familiares, especialmente pelo sistema de apoio formal.

Quadro 6 - Idéia Central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: *"Hoje, quais são seus sentimentos em relação ao seu parente idoso?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Sentimento de pena, compaixão e culpa	Sentimento de pena, pois ele era ativo. Eu tenho pena dela, porque ela tem problema de nervo, e, hoje, ela tem este outro problema e antes ela era independente. É o chamado dele, pois fico pensando como ele era e como está hoje. Eu sinto por ela ter ajudado tanto e não ter quem lhe ajude. Meu sentimento era que ela estivesse andando; eu fico pensando se ela ainda vai andar. Eu sentia que eu era pra ter preenchido mais de carinho e amor. Eu queria ter mais tempo e, quando a gente vê que perderá, a gente se arrepende achando que não deu a assistência que deveria.

Conforme verificamos, os cuidadores vivenciam sentimentos de compaixão, de pena ou pesar e de culpa com relação ao idoso. Verificamos também que, o pesar expresso pelos cuidadores resulta do confronto da sua memória pregressa e atual no que concerne à autonomia e independência do idoso e ainda do fato de verem o idoso desamparado por pessoas queridas que se afastaram em decorrência da sua doença/incapacidade. Nesse cenário, os cuidadores precisam elaborar uma série de lutos relativos ao processo progressivo de perdas físicas, sociais e emocionais que acompanham o adoecimento do familiar.

Quadro 7 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: *"O que o(a) senhor(a) faz diante das dificuldades?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Busca da religiosidade	Peço a Deus ajuda, que me dê paciência e saúde para vencer essa batalha. Deus está em primeiro lugar, é o primeiro que busco. Eu me apego com Deus e meu marido que era quem me ajudava. Quando estou aperreada (...), recorro em primeiro lugar a Deus.

Quanto às estratégias de enfrentamento das dificuldades adotadas pelos cuidadores, verificamos o importante papel da religiosidade. Eles possuem fé em Deus, vendo n`Ele um suporte para enfrentar as dificuldades. Outros estudos [10,11] apontam a religiosidade como importante meio de enfrentamento de dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, pois, muitas vezes, ajudava-os a superar sentimentos negativos e a encontrar sentido para as tarefas. Crenças existenciais podem proporcionar ao cuidador, como também ao idoso dependente, condição de estabelecer uma relação mais positiva consigo mesmo, uma relação de auto-aceitação e de aceitação das condições de vida.

Quadro 8 - Idéia central e discurso do sujeito coletivo de cuidadores familiares de idosos acamados, em resposta à pergunta: *"De quem recebe ajuda para cuidar do idoso?"*

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Da rede de apoio formal	Secretaria de Saúde (deu cadeira de rodas) e o PSF. Posto de saúde, vizinhos, irmãs da igreja, pastor. A USF ajuda com medicamentos, visita, dava amor. Eu sentia que, quando vocês vinham visitar, ele se sentia mais seguro. Precisei de um amigo, os mais apegados e a equipe de saúde do PSF. Com ninguém, mas recorro às vezes ao posto, hospitais e o SAMU. Com uma pessoa que contratei para ajudar.
Idéia central (2)	**Discurso do sujeito coletivo (2)**
Da rede de apoio informal	Só minha filha ajuda, mas agora está doente. Meu filho, minha nora e o meu neto. Meu irmão, quando está de férias, e a esposa também ajuda nos trabalhos domésticos. Quem sempre me ajuda é a minha cunhada, trazendo coisas para ela. Meu tio me ajudava com dinheiro, feira e exames. Minha filha ajuda a trocar a roupa, dar alimentos e higiene.

Verificamos que os cuidadores recebem auxílio de outros membros da família, de amigos e de profissionais. Vale ressaltar que esse tipo de suporte é igualmente importante para o idoso, não só para que ele desempenhe adequadamente o seu papel, como também para que se sinta apoiado, envolvido e amado [11]. A despeito disso, em alguns casos, quanto mais o cuidador se envolve, mais os não-cuidadores se distanciam do cuidado, tornando-o intransferível, levando o cuidador a um desgaste crônico [14].

De acordo com o discurso do sujeito coletivo, evidenciado no quadro 8, percebemos que o Programa de Saúde da Família é visto pelos cuidadores como um forte aliado na prestação de serviço de suporte social formal. Cabe destacar que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, em especial aquelas baseadas na estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde [15]. Além disso, os cuidadores, quando contam com uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao idoso dependente [16].

Para o alcance de tal meta, é importante que as intervenções no âmbito do Programa de Saúde da Família sejam orientadas aos cuidadores familiares de acordo com a realidade de cada grupo social, subcultura e pessoa envolvida. É importante lembrar que o cuidado domiciliar aos idosos acamados deve ser ampliado e contínuo, assegurando uma assistência humanizada e integral. Considerando isso, o Estado deveria ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, capaz de otimizar o suporte familiar [15].

Conclusão

Os resultados deste estudo nos possibilitaram aprofundar os conhecimentos sobre a condição de idosos acamados, em seu contexto psicosocial, econômico e cultural, como também, as dificuldades e conflitos que seus cuidadores vivenciam no âmbito familiar. Considerando a complexidade do processo de cuidar de um idoso acamado e o fato de muitos cuidadores pertencerem à mesma faixa etária dos idosos, as políticas sociais de saúde devem abranger igualmente estes e seus cuidadores, de modo a reduzir-lhes a sobrecarga, propiciando seu bem-estar. Ressaltamos ainda que o cuidado dos idosos acamados deve ter como suporte principal a família, evitando-se, assim, a institucionalização, podendo esta acontecer, quando todos os recursos se esgotarem.

Referências

1. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003;19(3):861-6.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc 2004;13(3):16-29.
3. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Rehabilitation 1965;14:61-5.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC; 2000.
6. Karsch UMS, Leal MGS. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch UMS, ed. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p. 20-45.
7. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
8. Yazaki LM. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. Revista Brasileira de Estudos Populacionais 1999;8(1/2):137-41.
9. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad Saúde Pública 2004;4(20):1-13.
10. Torres SVS, Sé EVG, Queiroz NC. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni, M. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2004. p.87-105.
11. Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara; 2002. p.778-90.
12. Sommerhalder C, Neri AL. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri AL, ed. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p. 93-134.
13. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP 2002;1(13):1-14.
14. Velasquez MD, DalRio MC, Marques DD, Medeiros SAR. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: Karsch UMS, ed. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p. 87-145.
15. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública 2003;3(19):1-9.
16. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. Textos Envelhecimento 2000;4:29-41.

Artigo original

Violência contra a mulher: conhecendo o perfil das vítimas e dos agressores no interior paulista

Francesca Garcia Inoue*, Ida Aparecida Lima Ruza**, Larissa Vasquez Bruno***, Eduardo Sandini, M.Sc.****

**Enfermeira do Programa de Saúde da Família do município de Ubatuba SP, Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté, **Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial, tabaco, álcool e outras drogas - CAPstad do município de Taubaté SP, ***Enfermeira do Ambulatório de Infectologia do Centro de Saúde do município de Caçapava SP, Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté, ****Professor, coordenador do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de Taubaté SP*

Resumo

A violência contra a mulher apresenta-se como uma das violações mais praticadas, manifestando-se de diferentes formas, desde as mais veladas até as mais evidentes, cujo extremo é a violência física. Este estudo de caráter descritivo tem como objetivo caracterizar as mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos que sofreram algum tipo de violência, assim como os seus agressores (que possuam laços amorosos: maridos, companheiros e namorados) de acordo com: número de casos, faixa etária, estado civil, profissão, motivo de agressão, tipo de agressão, registrados no boletim de ocorrência da Delegacia da Polícia de Defesa da Mulher do município Taubaté - SP, no primeiro semestre de 2006. Foram analisados 357 boletins, destacando-se os principais resultados: faixa etária predominante entre 30 e 35 anos para mulheres e agressores (26,6% e 20,1%); entre os principais motivos da agressão estavam "discussão e briga" (16,3%) e "uso de álcool e drogas" (15,1%); a forma de agressão mais usada foram socos e pontapés (9,3%); sobretudo na região da face. Conclui-se que os serviços de atendimento às mulheres agredidas são de grande importância e devem estar ligados com os serviços de saúde, devendo-se constituir como um local de acolhimento em vez de ser mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação.

Palavras-chave: maus-tratos conjugais, saúde da mulher, violência contra a mulher.

Abstract

Violence against woman: knowing the victims and the aggressors profiles in the country of São Paulo

The violence against women is one of the most common violations and takes a variety of forms, from the most veiled to the most evident, and may lead to physical violence. This descriptive study has as objective to characterize women over eighteen years old who suffered some kind of violence, as well as their aggressors (husbands, roommates and boyfriends) according to: number of cases, age group, marital status, profession, reason of aggression, type of aggression, and registered at Women's Defense Precinct of Taubaté - SP, in the first semester of 2006. Three hundred seven reports were analyzed, and the main

Artigo recebido em 7 de fevereiro de 2008; aceito em 7 de abril de 2008.
Autor responsável pela correspondência: Francesca Garcia Inoue, Rua José da Silva Marques, 21, Jardim Eulália, 12010-570 Taubaté SP, Tel: (12) 9115-0749, E-mail: francescagi20@hotmail.com

results were: predominant age group was 30-35 years among women and aggressors (26.6% and 20.1%); among the main reasons of aggression were "arguing and fighting" (16.3%) and "use of alcohol and drugs" (15.1%); the most used form of aggressions used were punches and kicks (9.3%); mostly at the face area. We conclude that attendance services to women who suffer any kind of violence is of great importance and should be connected to health services, and also should be a safe place that provides shelter instead of being another obstacle in the attempt to overcome their situation.

Key-words: spouse abuse, women's health, violence against women.

Resumen

Violencia contra la mujer: conociendo el perfil de las víctimas y de los agresores en el interior de São Paulo

La violencia contra la mujer se presenta como una de las violaciones más practicadas y se manifiesta de de diversas formas, desde las más disimuladas hasta las más evidentes, cuyo extremo es la violencia física. Este estudio descriptivo tiene como objetivo caracterizar las mujeres con edad igual o superior a los dieciocho años que habían sufrido un cierto tipo de violencia, así como sus agresores (maridos, compañero y novios) de acuerdo con: número de casos, edad, estado civil, profesión, razón de la agresión, tipo de agresión, que fueron registrados en el boletín de ocurrencia de la Comisaría de Atención de la Mujer de la ciudad Taubate - SP, en el primer semestre de 2006. 357 boletines fueron analizados y los principales resultados: edad predominante entre los 30 y 35 años para las mujeres y los agresores (26,6% y 20,1%); entre los principales motivos de la agresión estaban "peleas y discusiones" (16,3%) y "uso del alcohol y drogas" (15,1%); los malos tratos más frecuentes fueron puñetazos y puntapiés (9.3%); sobretodo en la región del rostro. Se concluye que los servicios de atención a las mujeres agredidas son de gran importancia y deben trabajar en conjunto con los servicios de la salud, de esa manera pueden constituir un local de acogimiento en vez de ser más un obstáculo en la tentativa emprendida por las mujeres de transformación de su situación.

Palabras-clave: maltrato conyugal, salud de la mujer, violencia contra la mujer.

Introdução

Nas últimas três décadas, a violência contra a mulher tem recebido o interesse da sociedade, que vem buscando novos meios para enfrentar um problema que é considerado de Saúde Pública [1]. A violência atinge todas as camadas da sociedade, sendo esta perpetrada quase que na sua totalidade, dentro do próprio ambiente doméstico e por alguém de seu círculo familiar ou de seu convívio. Pelo fato da violência ocorrer em um ambiente considerado seguro, a mulher, na maioria das vezes, fragiliza-se e condiciona-se ao papel de submissão do gênero feminino e, com isso, é afetada diretamente nos seus valores mais íntimos, tais como auto-imagem e auto-estima, desencadeando processos de desordens psicológicas e orgânicas que evoluem para estado de ansiedade, estresse, depressão, além de distúrbios endócrinos, colaborando também para o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas [2,3].

A violência contra as mulheres apresenta-se de forma multifacetada e é sofrida em todas as fases da vida; muitas vezes, iniciando-se ainda na infância e pode acontecer em todas as classes sociais. A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 1950. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois, passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, foi denominada como violência doméstica e, na década de 1990, os estudos passaram a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero [4].

Uma das principais temáticas dos estudos feministas no Brasil cujas origens se deram no início dos anos 80, foi a literatura sobre violência contra as mulheres. Esses estudos são frutos das mudanças sociais e políticas no país, acompanhando o desenvolvimento do movimento de mulheres e o processo de redemocratização. O movimento objetivava, nesse período, evidenciar a violência contra as mulheres e combatê-la por meio de intervenções sociais, psicológicas e jurídicas. Uma das vitórias conquistada mais preponderantes foi as delegacias da mulher, as quais ainda são partes essenciais na principal política pública de combate à violência

contra as mulheres e a impunidade. A primeira delegacia da mulher do Brasil (e do mundo) foi criada na cidade de São Paulo, em agosto de 1985, durante o governo estadual de Franco Montoro, para que policiais do sexo feminino investigassem crimes em que a vítima fosse mulher, incluindo, entre outros, os crimes de estupro e lesão corporal [5].

O processo de redemocratização no Brasil propiciou a promulgação de novas leis como, por exemplo, a Constituição de 1988 e de novas instituições como as delegacias da mulher, que vieram expandir formalmente os direitos das mulheres. Com a confirmação, pelo Estado brasileiro, de normas internacionais reconhecendo formalmente os direitos das mulheres como direitos humanos, as Convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também chamada Convenção Belém do Pará, o paradigma internacional dos direitos humanos foi também trazido para as práticas e os estudos feministas. As pesquisas sobre violência contra as mulheres, nesse processo, passaram a se intensificar com uma preocupação com a ampliação dos direitos humanos das mulheres e o exercício de sua cidadania no âmbito das instituições públicas, principalmente na esfera da Justiça [5].

A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos reconheceu formalmente a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países-membros da ONU e as organizações da sociedade civil têm trabalhado para a eliminação desse tipo de violência, que já é reconhecido também como um grave problema de saúde pública. A definição de violência contra a mulher aprovada na Conferência de Viena, no ano de 1993, citada por Adeodato, *et al.* [2] e Kronbauer e Meneghel [6] foi:

> "Qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto".

As conquistas nacionais ou locais passaram pelo apoio do legislativo brasileiro no que se refere à aprovação de leis que reconhecem as situações de violência contra a mulher. Destacam-se a Lei nº 10.778/03 [7], que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados e a Lei nº 10.886/04 [8], que tipifica a violência doméstica no Código Penal Brasileiro e traz a definição jurídica do que é o crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor.

A definição de violência doméstica e familiar constante na Lei 11.340/06 [9], no Cap. I, art. 5º, configura violência doméstica e familiar contra a mulher, "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão e sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial". Complementa ainda no art. 6º: "A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos Direitos Humanos".

Em seu Cap. II, art.7º, inciso I, define que "violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal".

A Lei Maria da Penha torna as punições aos agressores mais severas, tais como: aumento da pena que anteriormente variava de seis meses a um ano e agora varia de três meses a três anos, separação de corpos quando as autoridades julgarem necessárias, alteração do Código Penal permitindo a prisão em flagrante ou prisão preventiva decretada, extinção das penas pecuniárias (pagamento de multas ou cestas básicas) e uma vez feita a denúncia, esta só poderá ser renunciada perante o juiz, em audiência, especialmente designada para tal finalidade [4,10].

Para Gomes e Freire [11], a violência conjugal está cada dia mais presente no cotidiano das famílias, gerando um interesse maior em tentar compreender de que forma se constrói esse fenômeno da violência entre homens e mulheres.

Na opinião de Soares [12], "interromper o ciclo da violência é a única saída para a vítima, e a denúncia é a atitude que inicia esse processo de resgate da sua auto-estima, autonomia e dignidade enquanto pessoa e cidadã".

Atualmente, as políticas públicas de saúde das mulheres têm sido tomadas como prioridade governamental, formulando-se a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes" (PNAISM). Este documento tem o compromisso de garantir ações de saúde visando contribuir para efetivação dos direitos humanos das mulheres, entre eles, as ações de combate à violência doméstica e sexual [13,14].

O tema do presente estudo, a violência contra a mulher, é entendida como um importante problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde [6]. Assim, considerando-se a relevância de se conhecer o perfil da mulher que sofre violência e de seu agressor no município de Taubaté – SP, a fim de oferecer subsídios para o desenvolvimento de uma melhor assistência a elas, decidiu-se pelo desenvolvimento deste trabalho.

Objetivo

Caracterizar as mulheres que sofrem violência de acordo com número de casos, raça, faixa etária, estado civil, profissão, motivo da agressão, tipo de agressão, e os seus agressores (que possuam laços amorosos: maridos, companheiros e namorados), de acordo com raça, faixa etária, estado civil, profissão, denunciadas na Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (DPDM), no município de Taubaté – SP.

Material e métodos

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi utilizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos quantitativos são aqueles que pretendem, principalmente, descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade [15]. Segundo Marconi e Lakatos [16], os estudos quantitativos – descritivos referem à descoberta de variáveis pertinentes à determinada questão ou situação.

Fizeram parte do estudo todas as mulheres vítimas de violência com idade igual ou superior a dezoito anos e seus agressores, registrados nos Boletins de Ocorrência da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Taubaté – SP, no primeiro semestre de 2006, com a seguinte natureza da ocorrência: Lesão Corporal, Agressão, Injúria Real e Vias de Fato, levando-se em consideração as agressões sendo perpetradas por um agressor do sexo masculino (cônjuges, parceiros sexuais e namorados).

Foram encontrados 1762 boletins de ocorrências abertos no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2006 e, separados para análise 357 (20% das ocorrências) de acordo com os critérios de inclusão (mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos que sofreram algum tipo de violência física. Com relação ao local em que a agressão ocorreu, foram todas aquelas ocorridas dentro ou fora do espaço doméstico, desde que praticada por cônjuges, parceiros sexuais e namorados) e critérios de exclusão (Boletins de Ocorrência em que a natureza de agressão não constasse: Lesão Corporal, Agressão, Injúria Real e Vias de Fato) pré-estabelecidos.

Foi utilizado, como instrumento para coleta de dados, um formulário para registro das informações extraídas dos Boletins de Ocorrência, sendo composto pelos seguintes itens: raça, faixa etária, estado civil, profissão, motivo da agressão, tipo de agressão. Este formulário foi utilizado para levantamento dos dados tanto da vítima agredida quanto do seu agressor.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi encaminhado o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté onde foi aprovado.

Em seguida, foi enviado um ofício à delegada responsável pela Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Taubaté – SP, solicitando a autorização para efetuar a coleta dos dados.

Os dados foram classificados e agrupados em forma de tabelas para uma melhor compreensão e visualização das informações coletadas, utilizando-se o programa Microsoft Excel. Os resultados foram confrontados e articulados no momento da análise final, quando foram tomados como referência os dados levantados em revisões bibliográficas.

Resultados e discussão

Atualmente, a violência contra a mulher abrange mais de um quarto da população feminina do mundo, e é considerada a mais cruel manifestação de domínio e de diferenças de gênero em nossa sociedade. Na ultima década, a violência conjugal vem sendo mais discutida por organizações em nível mundial, principalmente em relação às conseqüências negativas que estão interferindo diretamente na qualidade de vida das mulheres, bem como as expressivas taxas de morbimortalidade feminina ligadas diretamente a este contexto [17].

De acordo com a Tabela I, a faixa etária das vítimas que predominou foi entre 18 a 41 anos, totalizando 75,7% dos casos, dados estes semelhantes aos encontrados por Tuesta [18], em um estudo feito nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), do Estado do Rio de Janeiro, onde em geral, 86,5% das mulheres agredidas situavam-se na faixa etária entre 19 e 45 anos. Analisando a faixa etária predominante de violência (18 a 41 anos), encontrada neste estudo, observa-se que este

é o período da vida da mulher em que ela está mais propensa a uma união conjugal estável, levando-a a uma dependência não só afetiva, mas também financeira, o que a condiciona a submeter-se às situações de violência. Também, a faixa etária dominante dos agressores situou-se entre 30 e 35 anos, com 20,1%. Soares [12] afirma que os agressores não se encontram inscritos em um grupo específico da população, eles podem ter qualquer idade ou escolaridade, bem como pertencer a qualquer classe. Maridos violentos geralmente foram vítimas e/ou testemunhas de violência doméstica quando crianças. Quando adultos, podem apresentar dupla personalidade, fazer uso abusivo de drogas ou álcool, possuir baixa auto-estima e sentirem-se inseguros, vivendo a necessidade de demonstrarem sua masculinidade [12].

Tabela I - Distribuição das mulheres vítimas de agressão, segundo faixa etária, no município de Taubaté, de janeiro a junho de 2006.

	Agressor		Vítima	
Faixa etária	N	%	N	%
18 |— 24	41	11,5	61	17,1
24 |— 30	64	18,0	71	19,9
30 |— 36	72	20,1	77	21,6
36 |— 42	63	17,6	61	17,1
42 |— 48	41	11,5	38	10,6
48 |—54	18	5,0	13	3,6
54 |— 60	12	3,4	10	2,8
60 anos e +	6	1,7	5	1,4
Não especificado	40	11,2	21	5,9
Total	357	100	357	100

Fonte: Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, Taubaté, 2006.

Tabela II - Distribuição das vítimas e dos agressores, segundo estado civil, no município de Taubaté, de janeiro a junho de 2006.

	Agressores		Vítimas	
Estado civil	N	%	N	%
Casado (a)	108	30,3	112	31,4
Solteiro (a)	59	16,5	78	21,8
Separado/Divorciado (a)	40	11,2	44	12,3
Amasiado (a)	106	29,7	112	31,4
Viúvo (a)	-	-	2	0,6
Não especificado	44	12,3	09	2,5
Total	357	100	357	100

Fonte: Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, Taubaté, 2006.

A Tabela II mostra que as relações estáveis casada/amasiada somaram um total de 62,8%, solteiras 21,8% e separadas 12,3%. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Adeodato *et al.* [2], realizado com 100 mulheres vítimas de agressões por seus parceiros e que prestaram queixas em uma Delegacia da Mulher do estado do Ceará, onde 64% eram casadas, 22% solteiras, 13% separadas.

Ao considerar o percentual de vítimas e agressores separados, observa-se que mesmo após a separação, o relacionamento continua conflituoso, evidenciando a continuidade do fenômeno de domínio e agressividade, conforme citado por Lamoglia e Minayo [19].

Galvão e Andrade [20], em um estudo realizado por meio de levantamento de dados de mulheres atendidas em um Centro de Atendimento a Mulher no município de Londrina, no estado do Paraná, constataram que as mulheres casadas que sofrem violência totalizaram 47,2%, e que os principais agressores são os atuais maridos ou companheiros com 73,4% dos dados.

Com relação à profissão das vítimas, identificou-se que 34,2% não exerciam atividade remunerada (do lar), seguidas das que trabalham no setor comercial (vendedoras, balconistas, operadoras de caixa) 9,8%. As domésticas ocuparam a terceira ocupação, com 9,5%. A Conferência Nacional de Saúde do ano de 1997 considerou o trabalho remunerado como uma das formas mais eficientes de diminuir a violência doméstica, uma vez que as principais vítimas são mulheres que só trabalham em casa [2]. Segundo Rechtman e Phebo [21], os dados do SOS Mulher indicaram que as mulheres que procuram este serviço, freqüentemente, não têm ocupação remunerada. Vale ressaltar que as mulheres desempregadas, 3,9% e as do lar, 34,2%, constituem um grupo que dependem financeiramente de outra pessoa.

Com relação à profissão dos agressores, verificou-se que em 20,7% dos registros não havia profissão especificada, seguido pelas profissões de metalúrgicos (operador de máquinas, soldador, funileiro, empilhadeirista) com 12,9%; trabalhadores da construção civil (eletricista, mestre de obras, pintor) com 12,3% e autônomo com 12,3%. Dentre os profissionais de nível superior, destacaram-se médicos. Kronbauer e Meneghel [6] afirmam em seu estudo que o perfil do companheiro que perpetrou mais violência(s) quanto à ocupação, eram desocupados ou aposentados.

Analisando-se o motivo da agressão, Tabela III, observou-se que dos 357 Boletins de Ocorrências verificados, em 119 não havia registro do motivo que levou a agressão, 31,3%, em seguida destacam-

se os motivos "discussão e briga", 16,3% e o uso de "álcool e drogas", 15,1%.

Tabela III - Distribuição das agressões sofridas por mulheres, segundo o motivo, no município de Taubaté, de janeiro a junho de 2006.

Motivo da agressão	N	%
Não identificado	119	31,3
Discussão e briga	58	16,3
Álcool e drogas	54	15,1
Não aceita a separação	52	14,5
Ciúmes	39	11,0
Guarda dos filhos	11	3,1
Suspeita de traição dela	10	2,8
Pensão alimentícia	5	1,4
Instinto agressivo	5	1,4
Problema financeiro	3	0,8
Tentativa de relação sexual forçada	1	0,3
Total	357	100

Fonte: Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, 2006.

Nos relatos dos Boletins de Ocorrência, muitas vezes, as vítimas justificavam que os agressores iniciavam as agressões sem motivo. Quando o motivo eram as drogas lícitas e/ou ilícitas, as vítimas relatavam que os agressores encontravam-se sobre o efeito delas.

Vários estudiosos têm concluído que o álcool é uma das substâncias mais ligadas às mudanças de comportamento, provocadas por efeitos psicofarmacológicos que têm como resultante a violência. Minayo e Deslandes [22] afirmam que o uso de álcool pelo homem apresentou-se como um significativo fator de risco para a violência entre marido e mulher.

Com base na Tabela IV, o tipo de agressão não foi especificado em 148 casos, 41,4%. Sugere-se que quando não havia lesão aparente, a vítima não era questionada quanto ao local e o tipo de agressão sofrida, a não ser nos casos em que ela relatava. Porém, quando havia lesão aparente, era emitido pelo profissional da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, um encaminhamento (requisição) à vítima para o Instituto Médico Legal (IML) que tem seu horário de funcionamento das 14h às 16h. A vítima era atendida de acordo com a ordem de chegada. Portanto, se ela sofrera uma agressão após o horário das dezesseis horas e tinha uma lesão aparente, esta lesão já não era mais visível, em muita das vezes quando examinada.

A violência física "socos e pontapés" obtiveram a taxa de 9,3%, seguido de agressão física sem lesão, injúria real e vias de fato, 7,8%, socos, 8,1%, tapas, 7% e empurrões, 6,2%, totalizando 39,5% dos casos. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Soares *et al.* [23] no qual afirmam que, a cada quatro minutos, uma mulher é agredida por uma pessoa que mantém uma relação de afeto. Mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos.

Tabela IV - Distribuição das agressões sofridas por mulheres, segundo o tipo, no município de Taubaté, de janeiro a junho de 2006.

Tipos da agressão	N	%
Não especificado	148	41,4
Socos e pontapés	33	9,3
Socos	29	8,1
Agressão física sem lesão	28	7,8
Tapas	25	7,0
Empurrão	22	6,2
Agressão física com auxílio de instrumento	20	5,6
Pontapés	11	3,1
Tapas e pontapés	9	2,5
Murros e tapas	8	2,3
Tentativa de enforcamento	7	2,0
Cabeçada	4	1,1
Lesões (mordida, fratura, queimadura)	4	1,1
Murros e pontapés	3	0,8
Arrastada	3	0,8
Sacudiu a vítima	2	0,6
Torção de membro	1	0,3
TOTAL	357	100

Fonte: Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, Taubaté, 2006.

Dentre as lesões, aparecem mais mordidas, fratura de dedo das mãos e queimadura com 1,1%. A agressão física com auxílio de algum instrumento (pau, vassoura, martelo, chinelo, cadeira, garrafa, tesoura, faca) foi a forma utilizada em 5,6% dos casos pelos agressores e o uso de arma branca em quatro casos, caracterizando 20% dos casos em que a agressão foi ocasionada com o auxílio de algum instrumento.

Segundo Blay [24], qualquer instrumento serve para agredir: facas, ácido, fogo, madeira, ferro, além das próprias mãos, mas em sete de cada dez casos, o revólver é usado. Todavia, no presente estudo não foi relatado nenhum caso de uso de arma de fogo.

Em 64,7% dos casos não foi especificada a região do corpo acometida. Dentre as partes do

corpo mais atingidas pelo agressor foram a região da face, 11%; cabeça e pescoço, 8,9%; membros superiores, 5,9% e membros inferiores 4,2%. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Schraiber *et al.* [3], que afirmam que as regiões do corpo mais atingidas pelas agressões foram: face, 28%, cabeça e pescoço, 26,6%, seguidos pelos membros superiores, 33,6% e membros inferiores, 16,8%, porém os valores percentuais são diferentes dos encontrados no presente estudo. As regiões principalmente atingidas, face, pescoço e braços, podem indicar além de um comportamento de defesa com os braços, "o caráter simbólico de humilhação e de agressão à dignidade da pessoa humana de que se revestem os atos de agressão à face". A face é a área preferida pelos agressores. Assim como os membros superiores (braço e mão) também serem áreas atingidas, é porque na maioria das vezes a mulher procura defender-se, funcionando como uma proteção contra a agressão [25].

De acordo com Tavares [26], viver em situação de violência doméstica faz parte do cotidiano da maioria das mulheres. Cerca de 80% relataram já ter sofrido algum tipo de violência física, incluindo desde tapas no rosto até fraturas. Esta violência traz conseqüências para a saúde que vão além dos traumas óbvios de agressões físicas [27].

Conclusão

Considerando a complexidade da questão da violência contra a mulher, é relevante ressaltar a importância na melhoria do atendimento dos serviços especializados dado a essas mulheres. Os profissionais, responsáveis pelo recebimento e digitação da queixa, não contam com um instrumento que os orientem para o registro completo e adequado dos dados que são fornecidos pelas mulheres agredidas. Estas, por exemplo, são caracterizadas quanto à etnia a critério do profissional que recebe a queixa. Os dados do indiciado são fornecidos pelas vítimas (etnia, estado civil, faixa etária, ocupação do agressor). Em muitos boletins de ocorrência verificou-se a inexistência de alguns dados importantes que caracterizam o perfil do agressor ou mesmo de dados que faltavam da vítima durante a digitação. Inclusive, dados como o tipo de agressão e local da região do corpo que foi acometida.

Em alguns casos a violência não deixa marcas visíveis, mas deixa a angústia e o sofrimento pelo momento que foram vitimadas por seu(s) companheiro(s) e por isso acredita-se que necessitam de uma atmosfera de acolhimento durante o atendimento da coleta de dados. Mulheres que vivenciam essa situação precisam ser atendidas por profissionais que estejam preparados para este momento.

Sugere-se que novos estudos com relação a este assunto sejam realizados, enfatizando-se que os serviços de atenção às mulheres são prioritários para a questão da violência contra a mulher, procurando estruturar e definir melhor as estratégias dos serviços que prestam atendimento a essas vítimas.

Referências

1. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19 Supl.2 :263-72.
2. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev Saúde Pública 2005; 39(1):108-13.
3. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde pública 2002; 36 (4): 470-7.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Santos CM, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil [citado 2007 jun 05]. Disponível em: URL: http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf.
6. Kronbauer JD, Meneguel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública 2005;39(5): 695-701.
7. Brasil. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
8. Brasil. Lei n. 10.886 de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848 de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
9. Brasil. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
10. Carvalho M. Lei Maria da Penha pune violência contra a mulher. Revista Radis Comunicação em Saúde 2006;(49):6-7.
11. Gomes NP, Freire NM. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. Rev Bras Enfermagem 2005;58(2):176-9.

12. Soares BM. Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
13. Guareschi NMF, Medeiros PF. Ruídos na representação da mulher: preconceitos e esteriótipos na literatura e em outros discursos [citado 2008 mar 05]. Disponível em: URL: http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Guareschi-Medeiros_13_B.pdf
14. Borges JWPB, Andrade AM, Silva JGS, Falcão LMN. Caracterização de mulheres admitidas para parto em Maternidade Pública de Fortaleza: implicações para a assistência de enfermagem. Enfermagem Brasil 2007;6 (5): 285-94.
15. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
16. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1991.
17. Correa MSM, Lopes RLM, Dinis NMF. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana. Rev Esc Enferm USP 2001;35(3):230-4.
18. Tuesta AA. Violência contra a mulher – Interfaces entre os setores de saúde e de direito. [citado 2007 mai 27]. Disponível em: URL: http://www.saude.ba.gov.br/conferencias
19. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de Saúde Pública. [citado 2007 jul 12]. Disponível em: URL: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=666
20. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: Análise de casos atendidos em serviços de atenção à mulher em município do sul do Brasil. Saúde e Sociedade 2004;13(2):89-99.
21. Rechtman M, Phebo L. Violência contra a mulher – Pequena história da subordinação da mulher: as raízes da violência de gênero. [citado 2007 mai 27]. Disponível em: URL: http://www.isis.cl/Feminicidio/doc/doc/violencia_mulhe%8A%E9s_Rechtman.pdf
22. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad Saúde Pública 1998;14(1):35-42.
23. Soares AMS. Documento de instituições feministas mineiras. A violência contra a mulher também é uma questão de saúde pública. Belo Horizonte: GAVVS; 1998.
24. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estud Av 2003;17(49):87-98.
25. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2000;16(1):129-37.
26. Tavares DMC. Violência doméstica: uma questão de saúde pública [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
27. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface, Comunicação, Saúde, Educação 2003;7(12):41-54.

Revisão

Compreensão do processo de luto à luz da literatura científica

Cátia Andrade Silva, M.Sc.*, Ana Carla Petersen de Oliveira Santos, M.Sc.**, Lucimeire Santos Carvalho, M.Sc.***

**Enfermeira do Hospital Geral do Estado da Bahia, **Docente da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Bahia, ***Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Intensivista da Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB*

Resumo

Este artigo tem como objetivo revisar os principais textos referentes ao processo de luto, valorizando sua definição, classificação, fases, determinantes, principais alterações apresentadas pelos enlutados e estratégias para superá-lo. Trata-se de uma revisão bibliográfica na base de dados LILACS, banco de teses da Universidade de São Paulo (USP) e com base em consulta direta ao acervo de sete bibliotecas das faculdades de enfermagem situadas na cidade de Salvador BA, abrangendo o período de 1983 a 2005. Acredita-se que o presente estudo possa contribuir à reflexão da necessidade de uma maior compreensão do processo de luto, para que a partir daí, o apoio adequado possa ser fornecido aos enlutados.

Palavras-chave: morte com dignidade, atitude frente à morte, paciente terminal, enfermagem.

Abstract

Understanding the mourning process in the light of scientific literature

This article aims to review the main texts regarding the mourning process, enhancing its definition, classification, stages, causes, main alterations of persons in mourning and strategies to overcome it. It is a literature review in the LILACS database, thesis from São Paulo University (USP) and direct search in seven libraries of nursing schools in the city of Salvador/BA, from 1983 to 2005. We hope that this study can contribute to the reflection on the need of larger understanding of the mourning process in order to provide adequate support to persons in mourning.

Key-words: right to die, attitude to death, terminally ill, nursing.

Resumen

Comprensión del proceso de luto a la luz de la literatura científica

Este artículo tiene como objetivo revisar los principales textos referentes al proceso de luto, valorando su definición, clasificación, fases, determinantes, principales alteraciones presentadas por los enlutados y estrategias para superarlo. Se trata de una revisión

Artigo recebido em 10 de agosto de 2007; aceito em 26 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: Lucimeire Santos Carvalho, Rua L Quadra 4 Lote 5 Jardim Brasília, 41100-160 Pernambués BA, Tel: (71) 3431-6925, E-mail: meirebom@yahoo.com.br

bibliográfica en la base de datos LILACS, tesis de la Universidad de São Paulo (USP) y con base en consulta directa al acervo de siete bibliotecas de las escuelas de enfermerías ubicadas en la ciudad de Salvador/BA, durante el periodo de 1983 y 2005. Creemos que el presente estudio pueda contribuir a la reflexión de la necesidad de una mayor comprensión del proceso de luto, para que el apoyo adecuado pueda ser ofrecido a los enlutados.

Palabras-clave: derecho a morir, actitud frente a la muerte, enfermo terminal, enfermería.

Introdução

O processo de luto pode ser compreendido como natural, doloroso, penoso e necessário para superação da perda [1-4]. E é desencadeado, na grande maioria das situações, pela perda de um ente querido.

A morte de um ente estimado pode provocar rupturas profundas, requerendo ajustamentos no modo de se perceber o mundo e de se fazer planos para continuar vivendo nele. Contudo, as reações ao processo de perda, sejam nos níveis físico, emocional, social ou espiritual, processam-se de maneira diferenciada entre as pessoas e dependem de várias situações que circundam a morte, tais como: tipo de relacionamento que existia, a idade, a doença prolongada ou não, a força e fé [5,6].

A perda de entes queridos, em uma perspectiva familiar, pode ser entendida como um processo transacional que envolve o morto e os sobreviventes em um ciclo de vida comum, que reconhece tanto a finalidade da morte como a continuidade da vida [7,8]. Nesse contexto, os sobreviventes apóiam-se mutuamente em prol da superação da perda, entretanto, ao levarmos a possibilidade da perda para um contexto institucional, como o hospitalar, poderemos percebê-la como um processo extremamente doloroso, devido à diminuição e, em alguns casos, à total ausência de apoio dos profissionais e familiares. Assim, faz-se necessário aos indivíduos que não conseguiram colocar a perda em perspectiva e seguir com o curso de vida, a intervenção dos profissionais, no intuito de ajudá-los a aceitá-la para que possam realmente continuar vivendo.

A partir dessa compreensão e da prática do exercício profissional, realizou-se o presente estudo com o objetivo de revisar os principais textos referentes ao processo de luto, valorizando sua definição, classificação, fases e estratégias para superá-lo. Buscase, ainda, oferecer aos enfermeiros uma visão do que vem a ser o processo de luto para que sejam capazes de exercer de forma consciente as suas práticas.

Esta revisão bibliográfica foi realizada com base em consulta direta ao acervo de sete bibliotecas das escolas de graduação em enfermagem situadas na cidade do Salvador/BA, como também na base de dados LILACS e banco de teses da Universidade de São Paulo. Foram utilizadas como palavras-chave de busca: luto, atitude frente à morte e assistência de enfermagem, para o levantamento de referências que versassem sobre o processo de luto e estratégias de enfrentamento. Abrangeu o período compreendido entre 1983 e 2006, período esse, no qual houve maior número de publicações sobre a temática.

Compreendendo o processo de luto

A morte é considerada como parte constitutiva da existência humana [9]. É, sem dúvida, uma das poucas coisas de que temos certeza, embora não se possa saber quando ocorrerá, pois perpassa a vida desde o crescimento ao estágio final do desenvolvimento humano.

Entende-se a morte como o fim natural de todos, entretanto, alguns seres humanos tendem a compreendê-la a partir de uma visão trágica [10]. Nossos antepassados entendiam e pensavam na morte e na sua própria natureza íntima como literalmente unidas na mesma respiração [11]. No entanto, alguns estudiosos ressaltam que o conceito de morte é relativo ao desenvolvimento, excessivamente complexo, mutável, influenciado pelo contexto situacional e também se relaciona com o comportamento [12-15].

Existem poucos golpes para o espírito humano tão grandes como a morte de alguém próximo e querido. O senso comum tradicional sabe que podemos ser esmagados pelo pesar e morrer, em razão de um grande sofrimento. Sabe-se, ainda, que não sentimos amor e nem pesar por ser humano qualquer, mas apenas por um ou alguns seres humanos em particular [6].

Com a morte de um ente querido, a realidade que circunda o indivíduo se altera, as visitas são

substituídas pelos preparativos para o funeral e, para aqueles que ficam, marca o início de uma nova fase que lhes impõem a irreversibilidade da morte, sua aceitação, a dissolução dos laços que os uniam e a reorganização de suas vidas.

Os indivíduos envolvidos no processo de morte passam a vivenciar ou, apenas, dão continuidade ao que se chama de luto, que é considerado como um processo de elaboração e resolução de uma perda real ou fantasiosa pela qual todos os indivíduos passam em algum momento da vida e que repercute em todas as esferas de influência humana [16-19].

O processo de luto tem a duração de algumas semanas ou, em alguns casos, pode permanecer por anos. Esse processo é determinado por fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, idade, estágio de desenvolvimento, experiência de vida, crenças culturais e religiosas, natureza da morte (repentina, inesperada ou por longo período de enfermidade) e apoio recebido [2,3,5,19].

Na literatura, o luto possui uma multiplicidade de termos e critérios referentes à sua classificação. Entretanto, os mais encontrados foram: complicado ou não complicado [8,20]; patológico e não patológico [21]; resolvido e não resolvido [22]; típico e atípico [23]. Também, foram muito encontradas as terminologias: normal e agudo para classificar o processo de luto não complicado.

Apesar de o luto variar de um indivíduo para outro, devido a fatores citados anteriormente, a maioria dos autores considera como características mais freqüentes do processo de luto: a depressão, ansiedade, raiva, agressividade, ausência de prazer, culpa, agitação, perda de energia, solidão, desamparo, fadiga, distúrbio do sono e do apetite, queixas somáticas, lentidão do pensamento e distúrbio de concentração, aumento do risco de aquisição e desenvolvimento de enfermidades e aumento do uso de medicamentos psicotrópicos, bebidas alcoólicas e fumo [2,3,5,14].

Os comportamentos tidos como normais no luto não complicado são agrupados, em quatro categorias gerais: sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos [8]. Vale ressaltar, que essas categorias estão presentes no luto complicado, entretanto, com um grau de complexidade maior, tendendo a exacerbar-se.

Na primeira categoria, os sentimentos, os mais comumente manifestados no luto normal foram: a tristeza, a culpa e auto-recriminação, ansiedade, raiva, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alivio e estarrecimento [8]. A tristeza é o sentimento mais comum encontrado no processo de luto, que pode ser superado por recursos próprios do indivíduo conjuntamente com o apoio dos familiares e amigos, entretanto, observa-se que a tristeza, da mais simples a mais grave, pode deixar o indivíduo debilitado [24].

A culpa e a auto-recriminação são sentimentos considerados comuns àqueles que sobrevivem e dirigem-se ao s*elf,* ou seja, seu eu. Manifestam-se porque o indivíduo acredita, por exemplo: que não foi suficientemente amoroso, que não prestou assistência com agilidade, que não cuidou da pessoa como deveria, dentre outros [8].

Já o sentimento de ansiedade presente no enlutado é definido como uma marca que caracteriza a tristeza aguda, fazendo parte como constituinte da reação à perda de um ente querido, como também é conseqüência da insegurança, que se segue, quando os arquétipos habituais da atividade são desfeitos. Esse sentimento de ansiedade pode conduzir a uma crise de pânico e, conseqüentemente, ao luto complicado [24].

A raiva é considerada como um sentimento confuso, geralmente encontrado após uma perda e está no âmbito de muitos problemas do processo de luto. Se este sentimento não for adequadamente reconhecido, pode conduzir a um processo de luto complicado [6]. Enquanto, que o sentimento de raiva dissipa-se aos poucos, embora em alguns casos o indivíduo enlutado possa sentir-se solitário e negligenciado esse sentimento pode aumentar ainda mais, se adicionado à tristeza. Pode, também, ser deslocado para si próprio, para os familiares, profissionais da área de saúde, Deus e outros envolvidos [24]. Outro sentimento manifestado e, comumente, encontrado no enlutado é a solidão, que se origina de uma incapacidade ou redução da auto-estima e interferirá na procura do outro, podendo exacerbar-se em indivíduos com restrita rede familiar e de amigos [25,26].

A segunda categoria, sensações físicas, está associada ao processo de luto não complicado: vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização (eu ando pela rua e nada me parece autêntico, inclusive eu), falta de ar, sentindo-se com respiração curta, fraqueza muscular, falta de energia e boca seca [8]. Essas sensações são expressas nas queixas dos pacientes e tendem a exacerbar-se, caso não sejam apaziguadas no decurso natural do luto.

Decorrem da hiperatividade do sistema autônomo. Este provoca na respiração suspiros profundos; perde-se o apetite; ocorrem alterações intestinais como diarréias provocadas pela ansiedade e mais tarde constipação, quando surge a depressão, insônia e inquietação. É importante ressaltar que podem conduzir à hipocondria passageira [24].

A terceira categoria é denominada de cognições, que se caracteriza por pensamentos comuns nas primeiras fases do luto, que tendem a desaparecer com o decorrer do tempo, porém, em alguns casos, o sentimento pode persistir e conduzir à ansiedade ou depressão. É possível citar como principais pensamentos: descrença, preocupação, sensação de presença e alucinações [8].

A descrença ocorre logo após a morte de um ente querido, geralmente antes de instalar-se uma crise de tristeza aguda. O indivíduo enlutado pode experienciar um período de indiferença, em que ele simplesmente não consegue acreditar que o fato é verdadeiro [8,14,23,24]. Já a preocupação evidencia-se como uma obsessão, caracterizada por pensamentos sobre a pessoa que morreu, enquanto que a sensação de presença do falecido normalmente é confortante, e o enlutado pode falar com o morto, ouvir a sua voz, confundir sons com os que ele fazia, ver seu rosto em meio à multidão.

As alucinações são consideradas freqüentes nos enlutados, mas deve-se esclarecer às pessoas que as vivenciam que não são sinais de insanidade iminente [24]. Elas podem ser definidas como experiências ilusórias transitórias ocorrentes poucas semanas após a perda e em geral não desencadeiam uma experiência de luto complicado.

A quarta categoria é aquela que discorre sobre comportamentos. Existem relatos de diversos tipos de comportamento na fase de luto. Estes desaparecem geralmente por si só e com o tempo, sendo considerados os mais comuns: distúrbios do sono e do apetite, comportamento aéreo, isolamento social, sonhos, afastamento do que o faz recordar a perda, procura da pessoa falecida, suspiro, hiperatividade, choro, visitar lugares ou carregar objetos que lembram a pessoa que faleceu, e uso de objetos que pertenciam ao falecido [8].

O processo de luto complicado pode ser também chamado de luto patológico, não resolvido, crônico, retardado e exagerado. Contudo, independentemente da denominação, é necessário que se tenha em mente a sua definição. Define-se o luto complicado como a intensificação do processo de luto até o ponto no qual o indivíduo se sente sobrecarregado, recorrendo ao comportamento maladaptado ou permanecendo, sem tempo definido, em um estado de luto sem progressão [8].

Observa-se que algumas reações encontradas no luto normal são também encontradas no luto complicado, todavia, no último, essas reações, sentimentos e comportamentos são exacerbados e prolongados, indicando as possíveis complicações. Com esse entendimento, as reações de luto complicadas são classificadas em quatro denominações: crônicas, retardadas, exageradas e mascaradas [8].

São reações de luto crônicas, as reações de luto de duração excessiva que nunca chegam a um final satisfatório. Geralmente, o enlutado tem consciência de que não consegue passar pelo processo, no entanto, essa reação nem sempre se resolve sozinha, fazendo-se necessária a ajuda dos familiares, amigos e profissionais de saúde para que o enlutado aceite que o falecido se foi e nunca retornará.

As reações de luto retardadas são também chamadas de reação de luto inibidas, suprimidas ou postergadas. Esse processo de luto caracteriza-se por uma reação emocional insuficiente no período da perda e pode iniciar-se, muitas vezes, mais tarde, por ocasião de uma outra perda [6,27,28].

A reação de luto exagerada caracteriza-se pela intensificação de uma reação de luto normal, na qual o enlutado tem consciência de que os sintomas e condutas que apresenta relacionam-se com a perda. Assim, é comum sentir-se deprimido e desamparado após uma perda, quando as reações chegam a um desespero irracional e são acompanhadas por outros sintomas do quadro depressivo, pode-se ter um luto exagerado. O mesmo pode ser dito da ansiedade excessiva que conduz ao ataque de pânico ou pelo desenvolvimento de fobias.

Já as reações de luto mascaradas ocorrem em pacientes que apresentam sintomas e atitudes comportamentais do luto, mas não reconhecem que estes se relacionam à perda. O luto mascarado freqüentemente assume duas formas: pode estar mascarado por sintomas físicos como, por exemplo, dores de estômago semelhantes as do falecido; ou pode estar também disfarçada por tipos de conduta aberrante ou mal-adaptada, a citar, condutas delinqüentes ou promíscuas [8]. Por fim, para se estabelecer um diagnóstico de luto complicado, é necessário estar atento, pois o enlutado pode vir com o autodiagnóstico, referindo que não consegue superar a perda do ente querido; ou pode vir com um problema médico

ou psiquiátrico sem estar ciente de que o processo de luto não resolvido está no centro do estresse. Dessa forma, é necessário coletar e analisar toda a história da perda [8].

A procura é por buscar, também, aspectos chaves, a citar: discursos sobre o falecido; freqüência da temática perda nas entrevistas; atitudes de repulsa aos pertences do falecido; presença de sintomas físicos iguais ou semelhantes aos que o falecido sentia; mudanças radicais no estilo de vida depois da perda, história de depressão subclínica, marcada pela culpa persistente e baixa auto-estima, como também falsa euforia pós-perda; compulsão em imitar a pessoa falecida; impulsos autodestrutivos; tristeza não justificada em época importante passada com o falecido; medo exacerbado de doença ou morte; evita visitar o túmulo ou não participou dos rituais e atividades relacionadas à morte [8]. Nesse contexto, se um enlutado apresentar um ou vários desses aspectos, por certo pode estar alimentando um processo de luto não resolvido ou complicado.

O curso do luto pode ser dividido em quatro fases que são: torpor ou aturdimento, saudade e a procura da figura perdida, desorganização/desespero e reorganização [6]. Sendo que a vivência deste está intrinsecamente associada aos padrões de desenvolvimento e assuntos conflituosos do enlutado que funcionam como determinantes do luto.

Existem alguns determinantes do luto de maior projeção: origem do falecido; natureza da ligação entre o falecido e o enlutado; em que circunstâncias a pessoa morreu; se houve perdas anteriores; variáveis de personalidade (sexo e idade); variáveis sociais (cultura e religião); alterações e crises que ocorrem ao mesmo tempo em que a morte [6].

No que tange à superação do processo de luto, torna-se imprescindível a realização de algumas tarefas que estão ligadas ao trabalho de luto e relacionam-se à necessidade do enlutado de agir sobre o seu processo, ou seja, existem tarefas que precisam ser realizadas pelo enlutado, de modo que ele atravesse as fases do luto, superando os sentimentos a ele atrelados. A maioria dos estudiosos do processo de luto considera como quatro as tarefas para a superação do processo de luto e que, se possível, devem ser ajudadas por um profissional: a primeira consiste em aceitar a realidade da perda, a segunda fundamenta-se em elaborar a dor da perda, a terceira baseia-se em ajustar-se a um ambiente onde está faltando o falecido, e a quarta e última tarefa consiste em reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida [6,8,19,28,29].

Quanto ao término do processo de luto, alguns autores acreditam que este se finda, quando o enlutado chega à última fase do luto, enquanto que outros acreditam que ele é interminável. Certamente, esse processo chega ao final, quando todas as tarefas do luto são executadas. E, nesse âmbito, não há como dimensionar o período de tempo do luto, porque isso implica equacionar fatores implícitos ao indivíduo [6,8,24,28].

Uma evidência, encontrada nas obras citadas, de que foi superado e finalizado o processo de luto, é a capacidade da pessoa em falar a respeito do falecido sem a sensação da dor. A tristeza estará presente, mas não virá associada à dor. Da mesma maneira, o luto estará encerrado, quando a pessoa começar a reinvestir na vida e no viver [29].

Conclusão

Tendo em vista o processo de luto como necessário para a superação da perda, ressaltamos que os profissionais que atuam junto ao enlutado precisam conhecer com profundidade esse processo para, só então, poder assisti-los de maneira integral. Ressalta-se que, especificamente para a enfermeira, a morte e o ato de morrer pode constituir-se em uma realidade em sua prática diária e deve receber atenção. A enfermeira possui uma oportunidade única e uma importante responsabilidade, no sentido de auxiliar o paciente e sua família, ao longo da experiência do morrer e da morte [30,31].

A incorporação de discussões sobre a temática da morte, do morrer e do luto, tanto na vida acadêmica quanto na profissional, principalmente nesta última como parte do processo de trabalho em saúde, seria uma forma de preparar o futuro profissional para lidar com o humano no enfrentamento da situação de morte e perda. Nesta perspectiva, esta revisão pretende contribuir à reflexão dos profissionais da enfermagem sobre a necessidade de uma maior compreensão do processo de enfrentamento da morte, ou seja, o luto, para que, a partir daí, consigam oferecer o apoio adequado aos enlutados. Evidencia-se necessidade de estudos subseqüentes, abordando o luto e suas repercussões para a família e profissionais de saúde, por ser um tema de indubitável relevância para assisti-los com qualidade.

Referências

1. Freud S. Luto e melancolia. Novos Estudos Cebrap 1992;(32):128-42.
2. Bromberg MHFP. A psicoterapia em situações de perda e luto. Campinas: Psi II; 1994.
3. Hood GH, Dincher JR. A morte e o paciente moribundo. 8ª ed. In: Hood GH, Dincher JR. Fundamentos e Práticas de Enfermagem: Atendimento completo ao paciente. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.76-98.
4. Gueller DH. Conseqüências somáticas e emocionais da viuvez no paciente idoso. Revista Tópicos em Geriatria Nimotop 1997;9(2):09-15.
5. Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In. Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 427-35.
6. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
7. Walsh F, Mcgoldrick M. Morte na família: Sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed; 1998.
8. Worden JW. Terapia do luto. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
9. Ross EK. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
10. Beirão MF, Castro EO. Vida, morte, destino. São Paulo: Companhia Ilimitada; 1992.
11. Kastembaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. São Paulo: USP; 1983.
12. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
13. Ariés P. Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média. 2ª ed. Lisboa: Teorema; 1989.
14. Becker E. A negação da morte. 2a ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
15. Zorzo JCC. O processo de morte-morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
16. Marcolino JA. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Rev Bras Psiquiatr 1999;21(1): 81-2.
17. Cataldo A, Majola RR. O luto normal, luto patológico e médico. Rev Med PUCRS 1997;7(1):9-16.
18. Guertzenstein EZ. Atendimento da relação de luto. Bol Centro Estud Pesqui Psiquiatr 1987;5:33-5.
19. Eizirik CL, Gazal CH, Serur MC. Luto patológico: seu manejo em psicoterapia breve. Revista ABP-APAL 1988;10(1):16.
20. Rando TA . Treatment of complicated mourning. Illinois: Research Press; 1993.
21. Middleton W, Raphael B, Martinek N, Misso V. Pathological grief reactions. In: Stroebe W, Hansson RO. Handbook of bereavement: theory, research, and intervention. Cambridge: University Press; 1993. p. 44-61.
22. Pincus L. A família e a morte: como enfrentar o luto. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
23. Parkes CM. Luto: estudo sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
24. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
25. Barreto ML. Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social. São Paulo: Ática; 1992.
26. D'Alencar BP. O idoso e o trabalho corporal: perspectiva de ação do enfermeiro [dissertação]. Bahia (SSA): Escola de Enfermagem/UFBA; 1988.
27. Hall JA. Jung e a interpretação dos sonhos: Manual de Teoria e Prática. São Paulo: Cultrix; 1983.
28. Bowbly J. Perda tristeza e depressão. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
29. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(1):34-43.
30. Silva CA. O significado da morte do amigo-companheiro para o idoso asilado [dissertação]. Bahia (SSA): Escola de Enfermagem/UFBA; 2004.
31. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança / adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(2):78-88.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Maio

26 a 29 de maio
IXº Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3332-8622
www.abenrs.com.br/sinaden

27 a 30 de maio
I Congresso de Urgência / Emergência e Regulação da Assistência em Saúde
UNIFESO, Teresópolis, RJ
Informações: (21) 2641-7044 - forumccs@feso.br

24 a 26 de junho
VIIIº Congresso de Stress da ISMA-BR
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3222-2441

Agosto

7 a 9 de agosto
XVI Congresso Brasileiro de Hipertensão - SBH
Rio de Janeiro, RJ
Informações: www.sbh.org.br

25 a 29 de agosto
IIIº Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho
Informações: (11) 3825-8371
www.anent.org.br / anent@anent.org.b

Setembro

20 a 24 de setembro
VIIº Congresso Brasileiro de Epidemiologia
XVIIIº Congresso Mundial de Epidemiologia
Porto Alegre - RS
Informações: www.epi2008.com

Novembro

3 a 6 de novembro
60ª CBEN – Congresso Brasileiro de Enfermagem
MinasCentro, Belo Horizonte, MG
www.abenmg.org.br/cben

13 a 17 de novembro
XXIVo Congresso Brasileiro de Nefrologia
CBN 2008 e 14º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia
Curitiba, PR
Informações: www.nefro2008.com.br

20 a 23 de novembro
XIo Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar
Rio de Janeiro, RJ
Informações: (21) 2266-9150

De 23 e 24 de novembro
I Seminário Temático em Enfermagem
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

30 de novembro
III Jornada de Enfermagem em Oncologia Pediátrica
Instituto Nacional do Câncer (Inca)
Praça da Cruz Vermelha, Rio de Janeiro
Informações: www.inca.gov.br

Cursos

Junho

16 a 18 de junho
Curso VI: Semiologia e Semiotécnica na prática de Enfermagem
Informações: (21)2577-2421 / 2576-7215
www.seitononline.com.br

28 de junho
Aspectos práticos na punção venosa
São Paulo, SP
Informações: (11) 6131-2090

Julho

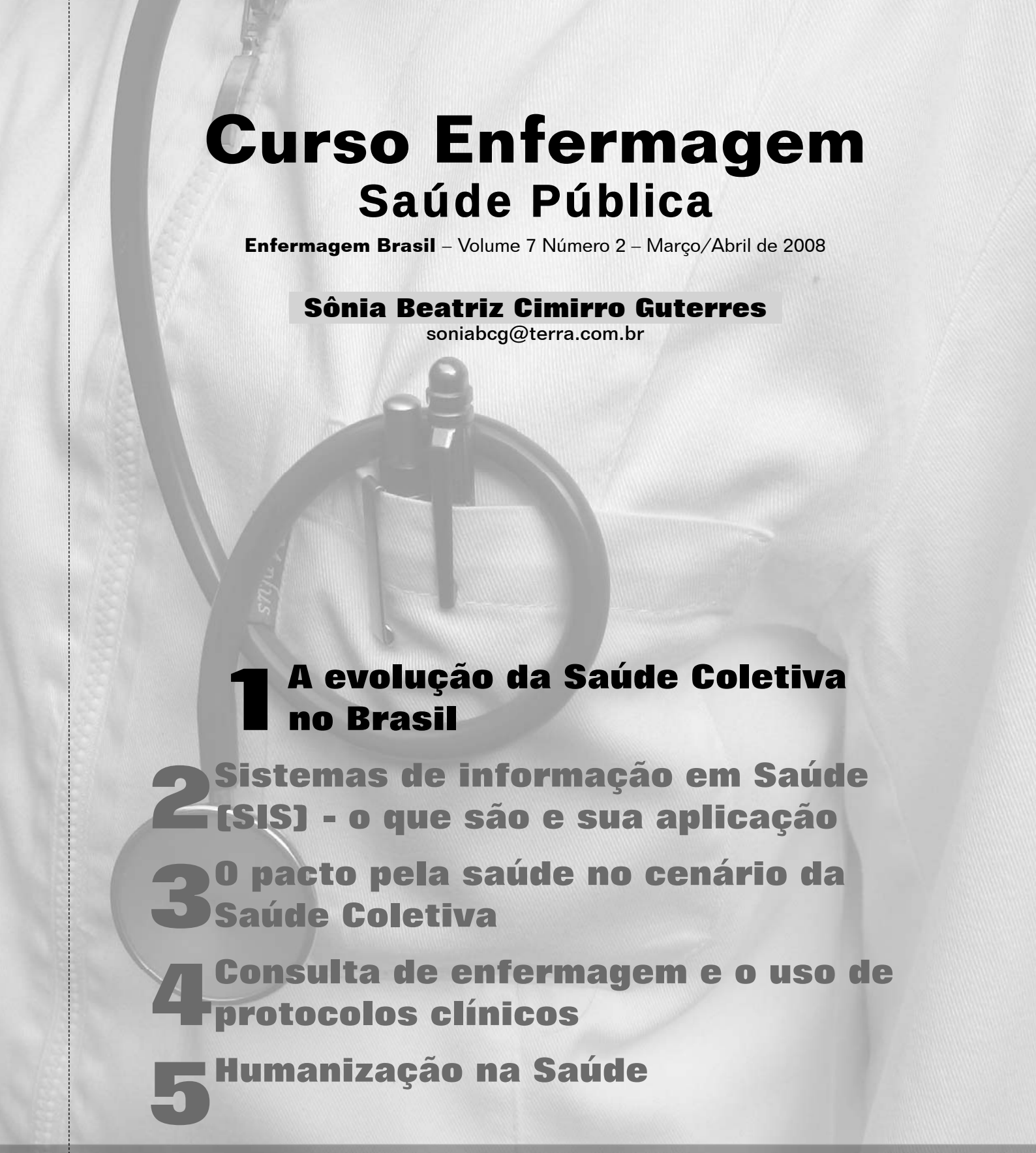
14 de julho de 2008
Primeiros Socorros no Atendimento Pré-Hospitalar / APH
São Paulo, SP
Informações: (11) 6131-2090

Curso Enfermagem

Saúde Pública

Enfermagem Brasil – Volume 7 Número 2 – Março/Abril de 2008

Sônia Beatriz Cimirro Guterres
soniabcg@terra.com.br



1 A evolução da Saúde Coletiva no Brasil

2 Sistemas de informação em Saúde (SIS) - o que são e sua aplicação

3 O pacto pela saúde no cenário da Saúde Coletiva

4 Consulta de enfermagem e o uso de protocolos clínicos

5 Humanização na Saúde

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

Evolução da Saúde Coletiva no Brasil

Histórico

A Política de Saúde Brasileira nasce da idéia de que a população constitui capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos. As práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minucioso plano de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população.

Após a revolução industrial seguem-se seus efeitos: aumento da mortalidade geral, promiscuidade, redes de esgoto e de abastecimento de água mal projetadas, deficiência quantitativa e qualitativa da assistência médica, principalmente hospitalar, além da carência e da insalubridade das moradias.

Cidades, portos e higiene

No Brasil, durante a República Velha, o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, uma vez que a cafeicultura era o principal setor da economia, dando grande poder de decisão aos fazendeiros paulistas, na administração do país. A República tratou de reformar as principais cidades e os grandes portos, buscando modernizá-los e facilitar o fluxo de homens e mercadorias, necessários à desejada "ordem e progresso". Nesse sentido, as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Definindo as estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional, as cidades e os portos.

Agroindustria do café e saúde do trabalhador

A questão da saúde nessa época deu-se por interesses dos donos dos cafezais, onde a preocupação com a saúde era movida por interesses de produtores preocupados em manter seus empregados saudáveis para não interferir na produção e exportação de café. Com o aumento das exportações, aumentou o número de imigrantes e com isso, a chegada de doenças que antes não faziam parte daquele meio.

Segundo Hochman [1], o Serviço Sanitário começou a fiscalizar as ruas e as casas, estendendo a vigilância a fabricas, estábulos, hospitais, bares e cemitérios, e tornando obrigatória a notificação oficial de doenças infecto-contagiosas em pessoas residentes ou em trânsito. Nessa mesma época, as autoridades determinaram que apenas os médicos diplomados poderiam tratar da saúde da população usando como apoio o Relatório Flexner.

Início da previdência e assistência médica

As Caixas de Aposentadoria e Pensões, criadas em 1923, transformaram-se nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, em 1930, onde os trabalhadores e patrões colaboravam com um percentual e o Estado complementava. Quem tinha direito à assistência médica eram os trabalhadores que contribuíam para a previdência e os demais não tinham acesso a essa assistência. Cabia ao governo ações mais gerais no sentido de atender a saúde da população. Segundo a autora:

> A assistência médica, portanto era uma assistência previdenciária, para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, cabendo ao Estado, na área da saúde, as ações tidas então como clássicas da Saúde Pública, de saneamento (no sentido amplo do termo) do ambiente: vacinação, isolamento dos portadores de doenças contagiosas ou "perigosas" para a sociedade, como por exemplo era a doença mental entendida na época. Quanto aos pobres a estes cabiam os hospitais filantrópicos, as santas casas, ao passo que às classes dominantes estavam reservados os profissionais médicos formados no exterior, e o aceso a tratamentos no exterior [1:238].

Com a evolução das especialidades e dos estudos dos médicos-higienistas surgem os chamados institutos para regular a eficiência das tarefas dos fiscais sanitários. Foram organizados vários institutos de pesquisas, articulados à estrutura do Serviço Sanitário dentre eles destacam-se: Instituto Butantã, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Pasteur e Instituto Oswaldo Cruz.

A centralização do poder, a unificação da Saúde com o Ministério da Educação, os cortes de verbas, a responsabilidade dos poucos projetos de saúde ficaram mais a cargo do Ministério de Educação e coube a saúde as poucas campanhas sanitaristas que eram mais voltadas ao combate de endemias do que a um trabalho de promoção da saúde.

Educação e Saúde Pública

Seguindo a evolução política, surge a Era Vargas com as reformas realizadas desde 1930, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública. O novo Ministério determinou a remodelação dos serviços sanitários do país. Com isso tentou-se garantir à burocracia federal o controle dos serviços, em uma estratégia de centralismo político-administrativo.

Vigilância sanitária vs. educação popular

A enfermeira que trabalhava com saúde pública, detinha-se em atividades de combate às doenças endêmicas, vacinas e identificação de casos. Uma vez que, sua atuação era ligada ao combate das doenças já existentes e não a sua identificação precoce. A vigilância sanitária era mais assistencialista do que preventiva, já que os inúmeros casos de novas enfermidades provenientes do comércio com outros países provocavam surtos que necessitavam grande número de profissionais para o atendimento, restando poucos ou quase nenhum para desenvolver ações e programas de prevenção e promoção de saúde.

O governo fez com que a nova organização do setor de saúde anunciasse o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Tal promessa foi recebida de modos diferentes pelas lideranças políticas estaduais. Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi bem aceita.

Segundo Bertolli Filho [2] a obrigatoriedade das vacinas e a resistência de parte da população em aceitar algo que não era explicado o porquê de sua necessidade, o medo de que pudessem ser mortos ao tomar a vacina e o aumento dos casos de tuber-

culose, criou a necessidade de treinar pessoas para identificar os casos. Assim surgiram as enfermeiras visitadoras de saúde, em sua maioria, profissionais treinadas em serviço para atuar no cuidado e auxiliar na profilaxia dos doentes, porém, sem a preocupação de sistematizar qualquer tipo de ação em saúde.

Com o Estado Novo, a administração pública passou a promover as campanhas de educação popular, fazendo com que os serviços de educação em saúde fossem divulgados e efetivamente pudessem ser colocados em prática.

Da Criação do Ministério da Saúde até o SUS

Em 1948, foi criado o Plano SALTE que teve expressividade no tocante aos avanços nos direitos dos trabalhadores, embora não tenha sido executado na íntegra.

No segundo período presidencial de Vargas, foi criado, em 1953, o Ministério da Saúde através da Lei nº 1.920, que fez a cisão do Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura [3].

Segundo Ujvary [4], nos primeiros anos de atuação, o Ministério da Saúde incumbiu-se de combater as doenças que atingiam sobretudo a população do interior, como a doença de Chagas, a malária e a esquistossomose. Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos políticos trocavam bens e serviços de saúde como ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas por votos e apoio nas eleições.

O Ministério da Saúde sofreu a redução das verbas destinadas à saúde pública após o golpe militar de 1964. Valendo-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, unificando todos os órgãos previdenciários existentes desde 1930, mediante o desconto de 8% do salário mensal como ajuda de custo/benefício.

O Brasil tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde - SUS e que caso fosse cumprido integralmente seria o melhor. Ele é fruto de uma série de lutas e conquistas dos profissionais de saúde e de seus usuários.

O que temos hoje na saúde é evolução de um modelo pactuado, através de tentativas, erros e acertos nos diversos tipos de atenção à saúde, "o SUS que dá certo", onde muito ainda se tem a crescer.

No que tange a área da Saúde Coletiva não é diferente. Ela é uma construção ao longo dos anos que, em 1979, com a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO impulsionou os seus rumos.

Diante dessa história e do fato de, diferente de outros campos do conhecimento em saúde, ter sido organizada em uma associação congregando o que havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde, ciências sociais em saúde, tornou-se difícil um consenso acerca de sua conceitualização. Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos [5:29].

O mosaico da Saúde Coletiva

O conceito de Saúde Coletiva assim como o SUS vem sofrendo diversas reformulações. Compreende três áreas macro consensuadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 1978. Estas são: Saúde Pública, Epidemiologia e Medicina.

Entretanto, Nunes [5] nos coloca que a Saúde Coletiva abrange três grandes espaços e formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento.

Conceituar a Saúde Coletiva não é uma tarefa fácil, pois devido a sua amplitude ela engloba uma série de áreas do conhecimento que não obrigatoriamente estão ligadas a saúde, mas que a compõem como um "mosaico" como diz Nunes [5].

A Saúde Coletiva no Brasil é composta pela evolução pactuada das práticas e saberes desenvolvidos em campo de atuação e consensos adotados com a população através das conferências de saúde. Neste sentido, o modelo das Políticas do SUS evolui e se adaptam as reais necessidades levantadas pelos usuários do Sistema.

Em meados da década de 70, o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS começava a sofrer com a incapacidade gerencial e a complexidade do sistema previdenciário, pois ocorriam fraudes dos hospitais privados. Com o passar dos anos e o crescente número de segurados e baixos valores pagos aos profissionais e serviços de saúde, tornou-se propicio o surgimento da chamada medicina de grupo, que visava oferecer melhor atendimento aos trabalhadores e reduzir os períodos de licença. Somente a partir de 1974 foi criado o MPAS - Ministério da Previdência para garantir a saúde dos segurados.

Sistema Nacional de Saúde

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, projeto que tinha a finalidade de baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país.

Nas décadas de 70 e de 80 tivemos importantes avanços que solidificam o nosso atual sistema de saúde. Dentre estes se destaca a Criação do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, criado em 1975. Este espaço suprapartidário foi importante para a formulação das ações, da divulgação e propaganda das idéias da luta pela reforma sanitária. Através do CEBES se solidificaram as bases democráticas do SUS principalmente por meio da publicação da Revista Saúde em Debate a partir de 1976.

A criação da ABRASCO, em 1979, fortificou o movimento sanitário, pois seus componentes eram intelectuais da área da saúde coletiva que, além de ter influência nas esferas públicas, produziam importantes documentos técnicos que subsidiaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS [6:67].

Fato marcante foi o Movimento da Reforma Sanitária, que contou com a participação de diversas classes de saúde. Destacam-se três movimentos atuantes: o dos médicos, o da enfermagem e da saúde mental que juntos propiciaram condições para que a Reforma Sanitária ocorresse.

Saúde é um direito de todos e dever do estado

A 8ª CNS, ocorrida em março de 1986, consentiu que o governo assumisse a responsabilidade frente à saúde da população. Um marco na história da saúde pública, pois "consagra os princípios preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária" [7:16].

No ano seguinte, em 1987, foi a tentativa da criação e efetivação do SUDS - Serviço Único e Descentralizado de Saúde, que não deu certo pela resistência das empresas privadas em ficarem submetidas ao governo.

Na Lei do Sistema Único de Saúde - SUS as empresas privadas participam de forma complementar e recebem pelos seus serviços prestados. Mesmo tendo tido uma passagem rápida, o SUDS teve seu alicerce em diretrizes que hoje são os princípios do SUS: universalidade, eqüidade, descentralização, regionalização, gratuidade. Porém, a efetivação do direito à saúde ocorreu através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 [8] que foi fruto dos resultados da 8ª CNS, onde "Saúde é um direito de todos e dever do estado". Somente dois anos após foram promulgadas as atuais Leis do SUS, a saber: Lei 8080/90 e Lei 8142/90 [9,10], que compõem a atual Lei Orgânica da Saúde de nosso País.

Referências

1. Hochman G. A era do saneamento: as fases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec-Ampocs; 1998.
2. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 4a ed. São Paulo: Ática; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Do sanitarismo a municipalização. Brasília: MS; 2007.
4. Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos. 2a ed. Rio de Janeiro: Senac Rio; 2003.
5. Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A Construção do SUS**.** Histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: MS; 2006. 298p.
7. Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública: Saúde e Cidadania. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. Série Saúde e Cidadania.
8. Brasil. Constituição Federal, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SUS. Lei Federal. N.8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União de 19 de Setembro de 1990. Brasília: DOU; 1990.
10. Brasil. Ministério da Saúde. SUS. Lei Federal. N.8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União de 28 de Dezembro de 1990. Brasília: DOU; 1990.

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 3 - Maio / Junho de 2008

EDITORIAL

Enfermagem em reabilitação: complexidade, negligência de conteúdos e perspectivas profissionais, Wiliam César Alves Machado 127

ARTIGOS ORIGINAIS

Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem em relação à diluição de antibióticos utilizados no tratamento de pneumonia aguda em pacientes pediátricos, Andréa Bueno, Edna Sayuri Suyenaga 130

Uso do "rebite" entre caminhoneiros que trafegam na BR 381 do interior de Minas Gerais: papel do enfermeiro na educação para a saúde, Helisamara Mota Guedes, Maione Silva Louzada Paes, Sirlene da Silva Porto Botelho 134

Administração de colostro aos recém-nascidos pré-termo e baixo peso em unidade neonatal, Laíse Conceição Caetano, Izabela Torquetti Borçari 141

A contribuição dos mestrandos e doutorandos do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) para os estudos em história da enfermagem: 1993-2003, Olívia Cristina de Assunção Cruz, Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço 146

REVISÕES

Etnografia e o cuidado de enfermagem no processo de viver do cliente com fístula faringocutânea, Elza Maria Santos Lima, Maria José Coelho 153

Reflexão sobre a assistência de enfermagem diante dos sentimentos dos pais acerca da morte súbita na infância, Aldaiza Ferreira Antunes Fortes, Ana Maria Nassar Cintra Soane, Eliza de Souza, Érica Roberta Rangeu, Marcelo Bailon Vieira, Vanessa Fonseca Renó 158

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 164

CALENDÁRIO DE EVENTOS 166

CURSO DE ENFERMAGEM

Saúde Pública
II - Sistemas de informações em saúde 167

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
atlantica@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil, MN-Metabólica e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital Instituto Dr. José Dr. José Frota - IJF, Fortaleza.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Enfermagem em reabilitação: complexidade, negligência de conteúdos e perspectivas profissionais

Wiliam César Alves Machado

O advento do terceiro milênio delineia novos caminhos para as diversas áreas de conhecimento e profissões, formando grande vórtice de forças/energias capazes de alterar o rumo das práticas sociais, valores, crenças, saberes e fazeres há muito cristalizados no inconsciente coletivo da humanidade. No cenário futurista, nem mesmo os ficcionistas ousam excluir a enfermagem dentre as profissões que perdurarão face aos avanços da ciência e tecnologia, pelo seu caráter ímpar do estar junto aos nossos semelhantes e prestar-lhes cuidados, não obstante o ritmo acelerado da robótica, disponibilizando artefatos da inteligência artificial altamente automatizados para algumas atividades seqüenciais. Nada que possa substituir o magnetismo energético que permeia os processos interacionais dos corpos de quem cuida e de quem recebe cuidados de enfermagem.

Mesmo diante de evidências indicativas do insubstituível papel do enfermeiro junto a quem necessite de seus cuidados, ainda somos flagrados com depoimentos de clientes e familiares sobre condutas negligentes, abandono, fuga, omissão de ajuda e cuidados, referindo-se às atitudes de nossos pares nos serviços de saúde, principalmente quando a especialidade é a reabilitação físico-motora, comunicação através da Língua de Sinais Brasileira (Libras), entre outras. A maioria alega despreparo para atuar nesse contexto. Fenômeno que revela a fragilidade estrutural dos programas de formação profissional do enfermeiro, cuja gravidade a sociedade certamente nos cobrará, haja vista a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [1], da ONU, da qual o Brasil é signatário. O propósito dessa Convenção é promover, proteger e alcançar o desfrute pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência. Aliás, em consonância com a Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência [2].

No Brasil, cabe à enfermagem o desafio de promover estratégias de assistência e cuidados para 24,6 milhões de pessoas com deficiência, segundo o Censo/IBGE [3]. Contudo, apesar de potencialmente incluída entre a clientela mais susceptível aos programas de reabilitação nas áreas físico-motora, sensorial, intelectiva e social, encontra-se historicamente subjugada em sua estrutura de ensino, pesquisa e extensão. Há que se investir para ampliar a conquista de importantes espaços para a prática clínica e social da enfermagem em reabilitação, sobretudo, compreendendo que a mesma abrange universo infinitamente multifacetado de opções cuja presença do enfermeiro é mesmo primordial.

Bem mais ampla do que se pode conceber a princípio, a área de enfermagem em reabilitação requer do enfermeiro pleno domínio cognitivo para o planejamento, implementação e avaliação de procedimentos da assistência e cuidados específicos de cada fase vivenciada pelas pessoas, desde o pronto atendimento, passando pelo pré,

Enfermeiro, Doutor em Ciências da Enfermagem pela UFRJ, Professor Adjunto (aposentado) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Membro Fundador do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira, DEF, EEAN, UFRJ, Membro Fundador do Núcleo de Pesquisa e Experimentação do Cuidado em Enfermagem, DEF, EEAP, UNIRIO, Presidente do Conselho Municipal para Política de Integração da Pessoa com Deficiência de Três Rios.

trans e pós-operatórios, alcançando os cuidados de longo prazo em nível domiciliar [4]. A complexidade do conhecimento exigido entra na esfera da educação para a saúde, na qual o enfermeiro deve atuar como educador orientando o cliente, a família e o cuidador quanto aos procedimentos adequados a serem adotados em cada caso singular, posto que não se deve generalizar quando se trata de necessidades ou limitações humanas essencialmente singulares.

Como o ambiente é um dos elementos seminais na construção de bases sólidas para sustentação do cuidado e assistência de enfermagem, na área de reabilitação não seria diferente. Nesse sentido, há que se recorrer aos marcos conceituais e parâmetros antropométricos da NBR ABNT 9050:2004 [5], a qual discorre nos mínimos detalhes para adaptação de espaços/ambientes institucionais e domiciliários indispensáveis na promoção da acessibilidade com qualidade de vida para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Assim, conhecer a NBR ABNT 9050:2004 tornou-se preceito sobremodo relevante para que o enfermeiro realmente possa agir com coerência na elaboração do diagnóstico, proposta assistencial e de cuidados de enfermagem, tanto nas instituições de saúde, quanto nos domicílios e/ou em âmbito comunitário. É notória e consensual a premissa de que cabe ao enfermeiro, na pré-alta institucional, avaliar as condições da ambiência domiciliar dos clientes com diagnóstico de reabilitação físico-motora, por exemplo. Entretanto, não é o que se constata na prática e as pessoas recebem alta sem orientações de como proceder na adequação dos ambientes domiciliares a respeito de suas novas necessidades, sobretudo no campo da acessibilidade. A NBR ABNT 9050:2004 está aí para que dela façamos uso em benefício dessa clientela.

No âmbito da reabilitação, como nas demais especialidades, não mais se justifica que o enfermeiro empenhe tanto esforço físico e desgaste cognitivo em sua árdua prática cotidiana, sem que o mesmo registre sistematicamente seus feitos, improvisos e inventividades para melhoria qualitativa do cuidado, promoção do bem-estar, conforto e segurança dos clientes sob sua responsabilidade. Por mais simplórias que pareçam são peças imprescindíveis a compartilhar com seus pares e a própria comunidade acadêmica da área. Pesquisas sobre inovações sempre são requisitadas pelo setor empresarial e recebem destacado valor nas instâncias públicas e privadas da ciência e tecnologia a serviço da evolução da humanidade. A enfermagem em reabilitação é campo fértil para que os profissionais que nela atuam sejam reconhecidos socialmente pelas preciosas contribuições advindas de seus protótipos, fruto de suas inúmeras intervenções criativas. Domínio de conhecimento acerca das terminologias [6] encontra-se disponível em várias bases de dados, revistas científicas, livros impressos e digitais, meio eletrônico etc., servindo para referendar a correta escrita e fundamentação dos nossos registros corriqueiros, estudos, relatórios de pesquisa.

Mormente discutem-se componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) [7] e as possibilidades de agregação desse manancial teórico-prático na conjuntura da enfermagem, particularmente suas implicações e evidências favoráveis ao aprimoramento/esclarecimento diagnóstico de pessoas com limitações funcionais que apresentam graus variados de dependência de ajuda para atividades cotidianas e autocuidado, tanto inseridas nos programas de reabilitação institucional quanto as atendidas na esfera comunitária e/ou domiciliar. Nesse sentido, ressalta-se que a CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social [8].

Ademais, é importante caracterizar a sintonia, a coerência e a propícia articulação entre os componentes da CIF e fundamentos da enfermagem, considerando que a CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive [8].

Por fim, emergem questões para se refletir no escopo da enfermagem: Os indicadores sociais não são suficientes para a inclusão de disciplina específica de enfermagem em reabilitação nas grades

curriculares dos cursos de formação do enfermeiro? Até quando os programas de formação do enfermeiro negligenciarão a demanda social e a necessidade específica de cuidados para pessoas com deficiência? Como o enfermeiro deve interagir para cuidar de pessoas com deficiência e dependência funcional utilizando-se dos componentes da CIF? Quais são as contribuições da CIF para a elaboração do diagnóstico e planejamento da assistência sistematizada de enfermagem? Quais são os componentes da CIF efetivamente propícios à redução/eliminação gradativa da dependência funcional para atividades cotidianas e autocuidado de pessoas com histórico de lesão neurológica?

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: Protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Tradução oficial/Brasil. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2007.
2. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. [citado 2008 Abr 20]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000 /populacao/deficiencia_Censo2000.pdf
4. Machado WCA. Figueiredo NMA. Clientes em Re(h)Abilitação: as lesões neurológicas e as situações de cuidar em enfermagem. In: Santos I et al. Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar – realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 421-444.
5. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050:2004. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro:ABNT; 2004.
6. Sassaki RK. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. Mídia e deficiência. Agência de Notícias dos Direitos da Infância. Brasília: Fundação Banco do Brasil 2003; p. 160-165.
7. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.
8. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005;8(2):187-193.

Release

VIVÊNCIAS E DEFICIÊNCIA – Recortes da Realidade, *William César Alves Machado*.

O conteúdo do livro é uma estrada aberta por ele e tem diversas paradas – os capítulos – que encaminham os leitores a lugares-temas diversos e múltiplos possibilidades quanto ao agir conscientemente. Nessa viagem ele compartilha vivências no Conselho Municipal de sua cidade, um manancial de situações perfeitamente aplicáveis, em seus aspectos gerais, aos 5.564 municípios brasileiros, em particular no que concerne à legislação e direitos das pessoas com deficiência.

O Livro se torna um "GRITO" de atenção para tudo que interessa ao segmento social pessoas com deficiência, quando destacas barreiras diversas que vão desde calçadas irregulares aos editais de concursos públicos, demonstrando amplas formas da sociedade manifestar preconceitos e excluir o mais elementar direito de ir e vir e/ou participar em nível de igualdade, consideradas características e necessidades especiais, nas grandes oportunidades de trabalho, emprego e ascensão social.

Profª. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Doutora em Ciências da Enfermagem pela UFRJ.
Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.
Pesquisadora do CNPq.

Artigo original

Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem em relação à diluição de antibióticos utilizados no tratamento de pneumonia aguda em pacientes pediátricos

Andréa Bueno*, Edna Sayuri Suyenaga, D.Sc.**

*Acadêmica do Curso de Enfermagem da Feevale, **Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e docente do Centro Universitário Feevale

Resumo

A administração de medicamentos é uma das atribuições merecedoras de reflexão da prática de enfermagem, pois envolve aspectos legais e éticos de impacto sobre o exercício profissional. Entre as diversas responsabilidades da equipe de enfermagem, destaca-se a importância do conhecimento na diluição de medicamentos administrados por via intravascular. Dessa forma, realizou-se um estudo transversal, com abordagem quantitativa, para verificar o conhecimento da equipe de enfermagem na diluição de antibióticos utilizados no tratamento de pneumonia aguda, em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre. Foram entrevistados 50 profissionais de ambos os sexos, que responderam a um questionário. Dentre os resultados obtidos, destacou-se que menos de 50% dos enfermeiros souberam diluir adequadamente os antibióticos em equipo com câmara, ressaltando-se a necessidade, em conjunto com outros profissionais da saúde, de qualificarem sua equipe através da educação continuada, proporcionando uma terapêutica medicamentosa mais segura e benéfica ao paciente.

Palavras-chave: diluição, antibióticos, pediatria, enfermagem**.**

Abstract

Evaluation of nursing staff knowledge related to antibiotics dilution used in the treatment of pediatric patients with acute pneumonia

The administration of medicines is one of the nursing attributions that is worthy of reflection, as it involves legal and ethical aspects of impact on professional practice. One of these responsibilities is highlighted by the importance of accurately calculate dilution of medicines administered via intravascular. For this reason, a transversal study with quantitative approach was carried out in order to verify if nursing staff are prepared to accurately calculate antibiotics dilution used in pediatric patients with acute pneumonia in one hospital of Porto Alegre. Fifty professionals of both genders were interviewed and they answered a questionnaire. The results showed that less than 50% of nurses knew how to dilute antibiotics properly. Therefore, in order to insure quality, nurses and other health professionals should participate in continuing education, providing safe and beneficial therapeutics for the patient.

Key-words: dilution, antibiotics, pediatrics, nursing.

Artigo recebido em 12 de junho de 2007; aceito em 13 de junho de 2008.
Endereço para correspondência: Edna Sayuri Suyenaga, FEEVALE - Campus II, Instituto de Ciências da Saúde – ICS, nº 2755 Vila Nova 93352-000 Novo Hamburgo RS, E-mail: suyenaga@feevale.br

Resumen

Evaluación del conocimiento del equipo de enfermería en relación a la dilución de antibióticos utilizados en el tratamiento de pulmonía aguda en pacientes pediátricos

La administración de medicamentos es una de las atribuciones que merecen reflexión, pues implica en aspectos legales y éticos de impacto en la práctica profesional. Una de estas responsabilidades resaltase por la importancia del conocimiento referente a la dilución de medicamentos administrados por vía intravascular. Fue realizado un estudio transversal con enfoque cuantitativo, para verificar el conocimiento del personal de enfermería referente a la dilución de antibióticos utilizados en el tratamiento de pulmonía aguda en pacientes pediátricos en un hospital de Porto Alegre. Cincuenta profesionales de ambos sexos fueron entrevistados y respondieron a un cuestionario. Observamos que menos de 50% de los enfermeros sabían diluir adecuadamente los antibióticos. A fin de mejorar la calidad de atención de enfermería, enfermeros y otros profesionales de la salud deberían participar de estudios de educación continuada, proporcionando una terapéutica medicamentosa más segura y beneficiosa para el paciente.

Palabras-clave: dilución, antibióticos, pediatría, enfermería.

Introdução

A equipe de enfermagem realiza, dentro dos cuidados aos pacientes, muitas funções de grande importância, como a administração e a diluição correta de medicamentos, fatores estes que garantem a segurança terapêutica [1].

Erros na administração de fármacos podem ocorrer em qualquer momento, uma vez que envolve um sistema constituído por várias etapas seqüenciais, dependentes umas das outras e executadas por uma equipe multidisciplinar, ou seja, o sistema de medicação nos hospitais incorpora as etapas da prescrição médica, distribuição, dispensação, transcrição da prescrição e administração propriamente dita [2].

O enfermeiro também é responsável pela orientação de sua equipe de enfermagem quanto às formas de administração e, quando necessário, da diluição dos fármacos, sendo preciso estar informado, atualizado e atento às questões relativas aos efeitos dos fármacos e pelo controle da resposta do paciente [3,4].

No Brasil, a equipe de enfermagem é constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem, incumbida, na maioria das instituições, pelo preparo e administração de medicamentos [5]. Uma das questões preocupantes na prática de diluição de antibióticos é que ocorre, muitas vezes, insuficiente qualificação destes profissionais, destacando-se questões sobre o tipo e quantidade de diluente utilizado em cada um dos medicamentos [6]. A diluição inadequada pode provocar uma falha na terapêutica e, conseqüentemente, o agravamento da infecção ou quadros de intoxicação [7,8].

Desta forma, o presente estudo avaliou uma equipe de enfermagem, em relação ao seu conhecimento sobre a diluição de antibióticos utilizados no tratamento de pneumonia aguda, em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo transversal prospectivo, em uma instituição hospitalar localizada em Porto Alegre-RS, em julho de 2006, cuja população foi constituída por 50 profissionais, sendo 09 enfermeiros, 38 técnicos de enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem, todos atuantes em unidades de internação pediátrica. A pesquisa constituiu-se de uma abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos através de um questionário, com questões de múltipla escolha, relacionadas aos perfis demográficos, práticos e conhecimento em diluição de antibióticos em equipo com câmara (bureta), aplicado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. Os resultados foram avaliados pelo Controle de Estatísticas da Feevale e utilizou-se o Programa Windows SPSS versão 12.0.

Resultados e discussões

A maioria dos profissionais entrevistados foi do sexo feminino 94% (47/50). Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, exceto os enfermeiros que tinham formação superior, 57% (24/41) concluíram ensino médio completo e 10,5% (4/41) ensino superior incompleto.

Ao ser questionada a dificuldade em diluir os antibióticos, a maior parte dos profissionais

respondeu que não apresenta dificuldades neste procedimento. Apenas 10,5% (4/38) dos técnicos de enfermagem, relataram que sim. Quanto ao tempo médio de exercício profissional, cada categoria apresentou experiência superior a quatro anos e o tempo que realizam a diluição de antibióticos em equipo microgotas com câmara (bureta), também foi superior a quatro anos (Tabela I).

Ao investigar o conhecimento sobre a existência de tabelas ou guias de diluição de medicamentos injetáveis no local de trabalho, 77,8% (7/9) dos enfermeiros, 68,4% (26/38) dos técnicos e 66,7% (2/3) dos auxiliares de enfermagem, responderam sim. No entanto, nove dos 50 entrevistados relataram o desconhecimento de sua existência, sugerindo que esta parcela de profissionais não consulta este tipo de material na sua prática diária. A não utilização de tabelas ou guias de diluição poderá levar, entre outros agravos, à diluição inadequada, ocasionando uma falha na terapêutica aos pacientes, em que o antibiótico não atingindo a sua concentração plasmática adequada no sítio da infecção, poderá levar a colonização e o agravamento da infecção, desenvolvimento de resistência bacteriana ou, até, em altas concentrações, levar à criança ao quadro de intoxicação.

Observamos que 77,8% (7/9) dos enfermeiros e 66,7% (2/3) dos auxiliares de enfermagem referiram ter visível e ao alcance os manuais sobre administração de medicamentos para consulta na sua unidade de trabalho. Porém, mais da metade dos técnicos de enfermagem, 57,9% (22/38), citaram não dispor deste material. O ideal seria uma revisão regular deste manual com a participação de toda a equipe para reformulações e adaptações conforme as necessidades requeridas. Recomenda-se, para uma consulta objetiva, a elaboração de um manual com dados levantados na literatura sobre os cuidados na administração de medicamentos [9].

Em relação à existência de protocolo específico para diluição e administração de antibióticos injetáveis na unidade, 66,7% (7/9) dos enfermeiros, 39,5% (15/38) dos técnicos de enfermagem e 66,7% (2/3) dos auxiliares de enfermagem referiram ter o material. A utilização de um protocolo de condutas traz como vantagens a uniformização e universalização de ações. Estas se baseiam em tomadas de decisões pautadas nas opiniões e em estudos científicos de um determinado assunto. As informações são completas, atualizadas e compartilhadas nos grupos multiprofissionais e se instituem como ferramentas necessárias para desempenhar técnicas e/ ou procedimentos [8]. Segundo Gomes [7], o farmacêutico deve desenvolver, em conjunto com a equipe de enfermagem, um protocolo de administração de medicamentos injetáveis, no que se refere à diluição e à compatibilidade dos fármacos, para facilitar a prática pela equipe de enfermagem em pacientes pediátricos submetidos à terapia medicamentosa por via intravascular.

Em relação à busca de informações dos profissionais de enfermagem junto aos demais, observou-se que a maior parte dos enfermeiros procurou informações junto à farmácia do hospital. Os técnicos de enfermagem diversificaram mais suas fontes, 2,6% (1/38) solicitaram ajuda do enfermeiro, 2,6% (1/38) consultaram manuais sobre administração de antibióticos injetáveis, 13,2% (5/38) recorreram ao colega, 26,3% (10/38) buscaram a todos os itens citados e 55,3% (21/38) junto à farmácia do hospital. Quanto aos auxiliares de enfermagem, 33,3% (1/3) recorreram ao colega que já tenha administrado o medicamento. A respeito da obtenção de informações junto ao colega, existe maior probabilidade de erro, devido a vários fatores como a interpretação inadequada na leitura da prescrição do medicamento, informação incompleta e incorreta, entre outras. A procura pela farmácia do hospital, para busca de informações, observado

Tabela I - Tempo que faz a diluição de antibióticos.

Categoria profissional	Tempo que faz a diluição de antibióticos					TOTAL
	Menos que 6 meses	1 ano a 2 anos	3 a 4 anos	2 a 3 anos	Mais que 4 anos	
Enfermeiro	0,0%(0)	50,0%(2)	0,0%(0)	0,0%(0)	22,6%(7)	18,0%(9)
Técnico de enfermagem	100% (2)	50,0% (2)	100% (8)	100% (5)	67,7% (21)	76,0%(38)
Auxiliar de enfermagem	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	9,7%¨(3)	6,0%(3)
TOTAL	100% (2)	100% (4)	100% (8)	100% (5)	100% (31)	100% (50)

pela maioria dos entrevistados, mostra a importância desse setor, principalmente da orientação do farmacêutico, que informa e orienta sobre o uso racional do medicamento.

Para identificar a diluição inadequada de fármacos pela população estudada, foram apresentadas quatro medicações de concentrações diferenciadas, para que identificassem quais destes medicamentos deveriam ser diluídos em equipo microgotas com câmara (bureta) em 50 ml de soro glicose 5%. Surpreendeu o fato de que menos de 50% (4/9) dos enfermeiros acertaram a adequada diluição da questão proposta. Essa lacuna identificada entre o saber e a prática nos reporta a um *déficit* no conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às recomendações para diluição de antibióticos. Os auxiliares de enfermagem apresentaram o maior percentual de acertos (100%), seguidos dos técnicos de enfermagem (47,4%) (18/38). O fato de os auxiliares de enfermagem terem apresentado maior número de acertos nas questões propostas, pode estar relacionado ao número pequeno de participantes ou pela orientação de seus supervisores para o preparo da diluição.

Observou-se, também, que 100% dos auxiliares de enfermagem, 65,8% (25/38) dos técnicos de enfermagem e 33,3% (3/9) dos enfermeiros não fizeram curso de atualização, oportunidades que favorecem a qualificação em conhecimentos de farmacologia.

Evidenciou-se uma relação precária quanto à procura dos técnicos e auxiliares de enfermagem em solicitar ajuda ao enfermeiro. Isto pode sugerir que estes profissionais não estão dialogando o suficiente sobre seus conhecimentos e sua prática em relação à diluição de medicamentos, o que pode estar impedindo a formação de uma rede de informações mais precisa e orientada à terapêutica do paciente, cujas dúvidas devem ser examinadas e sanadas antes da administração.

De acordo com os resultados obtidos, podemos considerar que a educação continuada da equipe de enfermagem, do setor de unidade clínica, é essencial para a qualidade da prestação do serviço de saúde, principalmente em pacientes pediátricos. A educação continuada dentro das instituições de saúde permite atender as necessidades da organização e de seus profissionais, como forma de minimizar as dificuldades do cotidiano de trabalho. Tem como foco o incentivo da ampliação de seus conhecimentos, para que possam reverter na melhoria do cuidado ao paciente [10]. Cabe também salientar a importância da educação permanente, a qual possibilita a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o da educação em saúde, à ampla permeabilidade das necessidades/direitos da população, da universalização e eqüidade das ações e dos serviços de saúde [11].

Conclusão

Torna-se imprescindível o papel do enfermeiro como supervisor na orientação e treinamento adequado da equipe de enfermagem, quanto à realização de estudos sobre temas diversos relacionados à administração de medicamentos, promoção de conteúdos atualizados, desenvolvimento de pesquisas e consultas freqüentes à literatura e a outros profissionais da área da saúde, recomendação ao uso de manuais e guias, bem como a promoção destas ações de forma periódica e contínua, propiciando desta maneira, uma medida eficaz na prevenção de erros na diluição de medicamentos.

Referências

1. Carvalho MDB, Cassiani SHB, Chiericato C. Administração de medicamentos: a vivência dos alunos em seu primeiro estágio. Acta Sci 2003;25:13-8.
2. Grou CR, Cassiani SHB, Telles Filho PCP, Opitz SP. Conhecimento de enfermeiras e técnicos de enfermagem em relação ao preparo e administração de medicamentos. Einstein 2004;2:182-86.
3. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática – clínica e prática hospitalar. São Paulo: Santos; 1996.
4. Fakih FT. Manual de diluição e administração de medicamentos injetáveis. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
5. Arcuri EAM Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. Rev Esc Enfermagem USP 1991;25:229-37.
6. Coimbra JAH, Cassiani, SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9:56-60.
7. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2001.
8. Bork AMT, Minatel VF. Enfermagem de excelência: da ação à visão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
9. Soares NR. Administração de medicamentos na enfermagem. São Paulo: EPUB; 2000.
10. Silva MJ, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo: Marques Saraiva/ EDUSP; 1989.
11. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunicação, Saúde, Educação 2005;9(16):161-77.

Artigo original

Uso do "rebite" entre caminhoneiros que trafegam na BR 381 do interior de Minas Gerais: papel do enfermeiro na educação para a saúde

Helisamara Mota Guedes*, Maione Silva Louzada Paes**, Sirlene da Silva Porto Botelho*

**Enfermeira, Mestranda pela Universidade Federal de Goiás, Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste MG, Ipatinga, **Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UnilesteMG, Ipatinga, Acadêmica do 8° período do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UnilesteMG, Ipatinga*

Resumo

A sobrecarga de trabalho que os caminhoneiros brasileiros enfrentam favorece o desenvolvimento de práticas prejudiciais à saúde, entre estas o uso abusivo de drogas estimulantes que parece ser uma prática comum na vida dos caminhoneiros. O presente estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva teve como objetivo identificar o uso do estimulante anfetamina pelos caminhoneiros que trafegam na BR 381 no percurso de Ipatinga - Coronel Fabriciano, Minas Gerais, bem como analisar a percepção desta classe sobre os efeitos desta droga. Os resultados revelaram que apenas 26,15% dos participantes admitiram fazer uso do rebite diariamente, 38,5% responderam que nunca utilizaram anfetamina e 35,39% admitiram ter feito uso no passado. Os participantes apontaram como principais motivos para o uso desta droga a necessidade de inibir o sono e cumprimento do horário estipulado para entrega da carga. Percebeu-se que esta categoria de profissionais é pouco assistida pelo sistema de saúde. Diante disto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, através de ações focadas na educação para a saúde voltem seu olhar para este público desenvolvendo ações de conscientização e promoção da saúde.

Palavras-chave: enfermagem, anfetamina, promoção da saúde.

Abstract

Use of the "rebite" among truck drivers who pass through BR 381 – in the countryside of Minas Gerais: nurse role in health education

The extra work practice that the Brazilian truck drivers face leads to unhealthy practices, among these the abusive use of amphetamine, which seems to be a common practice among truck drivers. This quantitative study of descriptive approach aimed at identifying the stimulant amphetamine usage among truck drivers who pass through BR 381 between Ipatinga – Coronel Fabriciano, Minas Gerais, as well as analyzing the awareness of these professionals over the effect of this drug. The results showed that only 26.15% of participants admitted the daily usage of the drug. The majority, 38.5%, answered that

Artigo recebido em 11 de outubro de 2007; aceito em 12 de junho de 2008.
Endereço para correspondência: Maione Silva Louzada Paes, Rua Marília, 142, Bela Vista, 35160-194 Ipatinga MG, Tel: (31) 9304-4357, E- maionelouzadas@yahoo.com.br

never used amphetamine and 35.39% admitted to have used in the past. The participants pointed out that the main reason for using this drug is to assist them to stay awake until freight is delivered at the fixed schedule. It was noticed that these professionals are not assisted by health system. We conclude that health professionals, mainly nurses, need to focus on health education and to pay attention to this public, making them aware of this problem through actions and health promotion.

Key-words: nursing, amphetamine, health promotion.

Resumen

Uso del "rebite" entre camioneros que transitan por la BR 381 del interior de Minas Gerais: papel del enfermero en la educación para la salud

La sobrecarga de trabajo que los camioneros brasileños enfrentan favorece el desarrollo de prácticas prejudiciales a la salud, entre estas, el uso abusivo de drogas estimulantes que parece ser una práctica común en la vida de los camioneros. El presente estudio de abordaje cuantitativo del tipo descriptivo tuvo como objetivo identificar el uso del estimulante anfetamina por los camioneros que transitan por la BR 381 en el trayecto de Ipatinga – Coronel Fabriciano, Minas Gerais, y también analizar la percepción de estos profesionales sobre el efecto de esta droga. Los resultados revelaran que solamente 26,15% de los participantes admitieron hacer uso del "rebite" diariamente, 38,5% respondieron que nunca usaron anfetamina y 35,39% admitieron haber utilizado en el pasado. Los participantes apuntaran como principales motivos para el uso de esta droga la necesidad de inhibir el sueño y cumplimiento de horario estipulado para entrega de la carga. Se percibió que esta categoría de profesionales casi no recibe atención del sistema de salud. Con esto, es necesario que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, por medio de acciones con enfoque en la educación para la salud piensen en este público y desarrollen acciones de conocimiento y promoción de la salud.

Palabras-clave: enfermería, anfetamina, promoción de la salud.

Introdução

Com o objetivo de diminuir a fadiga e reduzir o sono, aumentado assim a capacidade de trabalho e a redução do apetite, muitas pessoas começaram a utilizar a anfetamina. Entre essas pessoas estão os universitários, vigilantes noturnos e os motoristas, principalmente caminhoneiros [1].

A anfetamina é conceituada como uma droga estimulante que altera nosso psiquismo, acelerando o funcionamento do cérebro e do sistema nervoso central. Além de inibidoras do apetite, as anfetaminas podem também, a partir de certa dosagem, provocar um estado de grande excitação e sensação de poder. O uso prolongado pode provocar forte dependência, sendo que ao uso extremo podem surgir alucinações e delírios [2].

A anfetamina conhecida entre os caminhoneiros como rebite, é usada com o objetivo de minimizar o cansaço e o sono do motorista para que ele consiga transportar a carga dentro do prazo estabelecido, aumentando o rendimento mensal [3].

Os horários dos caminhoneiros poderiam ser mais flexíveis se os embarcadores concedessem mais tempo para que as cargas fossem entregues, dessa forma os motoristas não teriam que recorrer ao rebite, pois poderiam interromper a viagem para descansar [4].

Como essa flexibilidade geralmente não acontece, o problema se torna cada vez mais agravante, e o tráfico de anfetaminas nas estradas brasileiras e o seu consumo por caminhoneiros continuam sendo problemas difíceis de serem resolvidos [5]. Esse estimulante acarreta sensações fortes de vitalidade, mas os malefícios à saúde são drásticos, pois o uso sem orientação médica acaba prejudicando a saúde da pessoa, podendo até ser fatal [3].

Além de prejudicar a saúde dos caminhoneiros, o uso deste estimulante tem causado acidentes de trânsito que geram, entre as causas externas, elevado percentual de internação, além de altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS) informam que, em 1998, ocorreram no Brasil 30.994 óbitos por acidentes de transporte, significando 26,3% entre as causas externas. A mortalidade proporcional por causa específica foi de 3,3% e o coeficiente de mortalidade, de 19,16 por 100.000 habitantes. Esses dados expressam a relevância epidemiológica e social do problema e a necessidade de articulação intersetorial entre as áreas de saúde, trânsito e a sociedade [6].

Os fatos demonstram que o trabalhador caminhoneiro necessita de orientações e uma assistência específica. Esta classe é uma clientela diferenciada, porque não tem como seguir as rotinas estabelecidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) uma vez que, o seu trabalho exige grande tempo fora de casa não tendo oportunidade de freqüentar as UBS, diante disso cabe a enfermagem planejar estratégias e ações que visem contemplar essa população de profissionais de estrada.

O papel educativo do enfermeiro é muito importante, este profissional traz em si uma marca de educador e mediador entre a realidade encontrada e as mudanças das práticas e hábitos de saúde das pessoas, esta característica de sua assistência é primordial em sua atribuição principal que é o cuidado às pessoas [7].

Diante do exposto, consideramos as seguintes questões norteadoras: como a enfermagem poderá promover ações educativas para o caminhoneiro, ajudando-o a pensar na qualidade de saúde? O estimulante tipo anfetamina tem sido usado pelos caminhoneiros? Em que freqüência? Esses têm conhecimento dos efeitos desta medicação? Existe relação dessa medicação com os acidentes de trânsito?

As complicações desse medicamento trazem sérios prejuízos à saúde, entretanto grande parte dos caminhoneiros desconhecem seus efeitos a longo prazo, causando danos irreversíveis à saúde, sujeitos a sofrer e causar acidentes; colocando em risco a sua vida e a de outras pessoas, bem como a segurança de sua carga [3]. Com esse pensar, o estudo dirigiu-se para o cenário de vida dos motoristas de caminhão, para o qual existem poucos estudos referenciados, principalmente no que tange a saúde que pode ser amplamente afetada por vários fatores.

O motorista de caminhão é considerado um profissional importante no desenvolvimento econômico, político e social para o progresso do país, do qual são os construtores no sentido de movimentar os elementos essenciais para manter a sociedade. A pesquisa permite aos enfermeiros uma reflexão sobre o tema a fim de criar ações educativas, alertando sobre o risco e complicações físicas e psicológicas do uso rebite, atuando na promoção e melhorando a qualidade de vida desses caminhoneiros que fazem uso indevido dessa droga.

O estudo realizado teve como objetivo conhecer os fatores de risco dos caminhoneiros tais como: hábitos de alimentação, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas, quantidade de horas dormidas por dia. O objetivo principal deste estudo foi o de identificar junto ao caminhoneiro que trafega na BR-381 Ipatinga MG, o uso de estimulante tipo anfetamina, bem como analisar sua percepção sobre seus efeitos, abordando as possíveis relações com acidentes de trânsito.

Materiais e métodos

A pesquisa teve abordagem quantitativa e descritiva, foi realizada em um posto de gasolina, situado na BR 381 no percurso dos municípios de Ipatinga – Coronel Fabriciano- MG que liga Minas Gerais a São Paulo e Espírito Santo. Esse posto oferece serviços como: abastecimento, borracharia, lojas de conveniência e de peças, troca de óleo, restaurante, lanchonete, banheiros com duchas, saunas. Dentro do próprio posto existe uma transportadora de cargas seca (turbina de aço), onde se concentram muitos caminhoneiros a espera de cargas.

Foi utilizado o cálculo amostral de Triola (1999) com o nível de confiança de 90%, sendo a amostra calculada através de uma média mensal de 1000 caminhoneiros segundo informações da gerencia do posto. A pesquisa foi realizada no período de 28 de abril a 28 de maio de 2006, no horário de maior movimento de caminhoneiros, das 5:00 às 10:00 horas, pois as cargas esperadas pelos caminhoneiros estão disponíveis para o transporte, e teve uma amostra por conveniência de 65 caminhoneiros.

Os critérios de inclusão foram possuir um ano ou mais de exercício da profissão e aceitar participar da pesquisa. O critério de exclusão foi a recusa em participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário semi-estruturado, contendo 14 questões que contemplaram características como idade, gênero, tipo de carga geralmente transportada, o hábito de utilizar o rebite, tempo de uso, freqüência e a percepção dos caminhoneiros sobre os efeitos desta droga no organismo e cuidados com a saúde.

Os dados foram consolidados e tabulados através de freqüência simples e percentual, foram construídos gráficos e tabelas por meio do programa Office Excel 2003. A análise e interpretação foram realizadas à luz da literatura científica existente sobre a temática pesquisada.

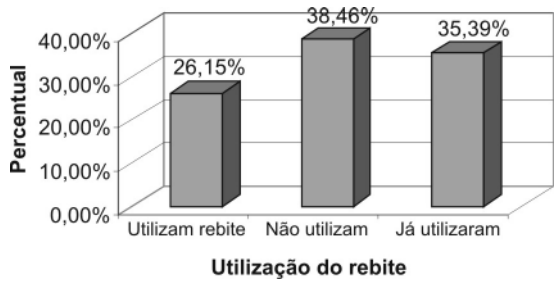
Para realização da pesquisa foi enviada uma carta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição solicitando a autorização. Aos participantes foi

apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual foi documentada a participação voluntária no estudo atendendo a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

Na distribuição da faixa etária observou-se que a maior parte dos caminhoneiros 19 (29,23%) se encontra na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade, seguida por 30 e 39 anos (26,15%) e 40 e 49 anos de idade (24,62%). Ao questionar aos participantes quanto ao uso de anfetaminas (rebite), as respostas estão apresentadas no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o hábito de utilizar o rebite.

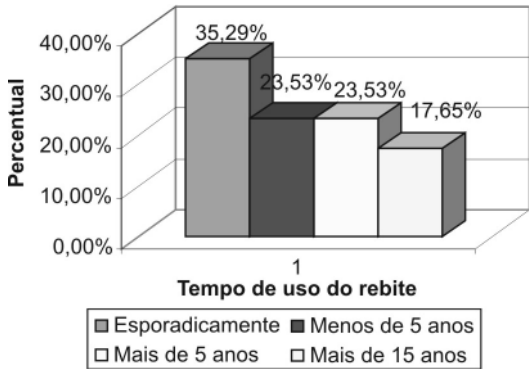


Percebeu-se que 17 (26,15%) admitiram utilizar a droga, 25 (38,46%) negaram o uso desse tipo de estimulante, referindo o conhecimento do mesmo e seu uso efetuado por outros colegas, já 23 (35,39%) relataram ter usado o rebite em algumas ocasiões, mas já pararam. Observou-se durante a coleta de dados que os participantes têm receio de confirmar o uso e isso pode estar relacionado com o fato de ser uma droga vendida ilegalmente, apesar de ter sido garantido o sigilo e anonimato dos mesmos. Nos relatos, os caminhoneiros mencionam que conhecem colegas de trabalho viciados, mas o participante estava fora dessa situação, apenas o outro utiliza, ele mesmo não se envolve. Os participantes que confirmaram o uso desse medicamento relataram que o fazem freqüentemente e isto é considerado preocupante, uma vez que os efeitos colaterais no organismo podem ser: boca seca, náuseas, vômitos, diarréia, câibras abdominais, calafrios, palpitação, palidez ou rubor das faces, arritmia cardíaca, dor anginal, hipertensão ou hipotensão, colapso circulatório, vertigem, fraqueza, tremor, irritabilidade, tensão, reflexos hiperativos, insônia, confusão, ansiedade, cefaléia e alteração da libido.

Pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com 43 caminhoneiros revelou que 83,3% admitiram fazer uso de anfetaminas para conseguirem se manter acordados ao volante, conseguindo o medicamento em postos de gasolina ao longo das estradas. Através do uso do rebite em viagens de longa distância, esses conseguem trabalhar até 60 horas por semana, contra 44 horas dos que dirigem nas áreas urbanas e não usam drogas [8].

O Gráfico 2 demonstra o tempo que os participantes afirmaram ter o hábito de utilizar o rebite.

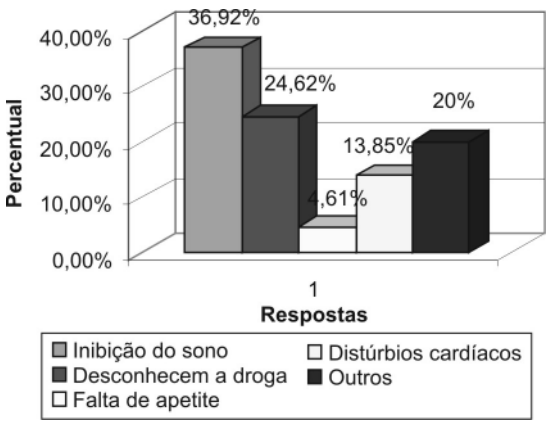
Gráfico 2 - Tempo de uso do rebite pelos caminhoneiros. N= 17



Esses dados indicam que o uso do rebite em caminhoneiros é uma realidade que os expõem a situações de risco para a saúde física e psíquica, devido aos efeitos colaterais causados pelo uso prolongado, bem como a segurança dele na estrada, já que esse fármaco provoca alucinações e um falso estado de vigília, levando a um aumento do número de acidentes fatais [9].

Quanto ao conhecimento que os participantes detinham sobre o medicamento (rebite), as categorias de respostas podem ser visualizadas no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Percepção dos participantes em relação ao rebite.



Esses dados revelam que a maioria dos caminhoneiros considera que o rebite somente inibe o sono, demonstrando assim um desconhecimento em relação aos efeitos, sintomas e agravos que essa droga pode causar à saúde. Os 20% dos caminhoneiros que responderam outros, especificaram que o rebite é um anorexígeno, estimulante do sistema nervoso, causa alucinação e impotência sexual.

Ao serem questionados sobre o que os levou a fazer uso do rebite, 10 (25%) relataram ser para tirar o sono e 30 (75%) fazem uso para cumprir os horários das empresas, uma vez que para alguns caminhoneiros isto é necessário, já que a carga é perecível e necessita chegar dentro do prazo no local de destino.

As empresas transportadoras precisam rever seus prazos de entrega para evitar que caminhoneiros tenham viagens desgastantes e sintam necessidade de usar anfetaminas [7]. Percebeu-se em alguns relatos que a exigência da empresa na entrega da carga, não é o único motivo para o uso da anfetamina, mas, também, motivos pessoais ligados a aspectos afetivos, tais como a saudade da família e a vontade de chegar mais rápido em casa, o que muitas vezes condiciona o caminhoneiro a fazer uso desse tipo de substância.

Em relação aos acidentes de trânsito, 28 (43,08%) estiveram envolvidos, desses apenas quatro (14,29%) associam o acidente de trânsito ao uso do rebite. Percebeu-se que existe receio por parte dos caminhoneiros em afirmar essa associação. Diante disto, torna-se difícil afirmar que o rebite está diretamente relacionado aos acidentes de trânsito, ficando de sugestão para outros estudos.

As explicações mais comuns acerca dos acidentes automobilísticos versam sobre as más condições das estradas, a inadequada manutenção dos automóveis, ônibus e caminhões e sobre a falha humana, que muitas vezes é utilizada como sinônimo de imprudência e/ou abuso de álcool, mais raramente suspeita-se da possibilidade de que o causador do acidente tenha dormido ao volante [10].

Em relação às horas de descanso durante o trajeto, 44 (67,69%) relatam dormir mais de 6 horas por noite, enquanto 21 (32,31%) dormem menos de 6 horas por noite. Dormir mal ou dormir pouco significará péssimo humor durante o dia, dificuldades para concentração e memorização, dor de cabeça, indisposição, baixa produtividade e muitos riscos de acidentes. O sono é importante não apenas do ponto de vista do descanso físico, mas também faz bem ao cérebro, é na fase do sono que o cérebro se reabastece das substâncias químicas de que necessita ou o emprega para processar importantes informações recebidas durante as horas do dia [11].

O estudo realizado pela revista caminhoneiros mostrou que: do total de 630 entrevistados, 13,5% confessaram utilizar algum tipo de estimulante para se manterem acordados ao volante e 4% admitiram fazer o uso de bebida alcoólica diariamente. O estudo apontou que 54% dormem menos de 6 horas por dia e 67,7% trabalham mais de 12 horas diárias. Além de ficar mais tempo acordados, a maioria se alimenta mal [12]. Quando questionados em relação ao hábito de procurar assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde, 35 (53,85%) garantem procurar e apenas 30 (47,15%) dizem não freqüentar. Dentre os que afirmaram utilizar estes serviços a tabela I demonstra a periodicidade desta utilização.

Tabela I - Freqüência que os caminhoneiros procuram assistência à saúde.

Freqüência	No.	%
Mensalmente	2	5,72%
Semestralmente	6	17,14%
Anualmente	11	31,43%
Quando necessário	16	45,71%

Os dados revelam a reduzida procura destes trabalhadores nas Unidades de Saúde, o que é prejudicial, pois os mesmos não participam de atividades educativas, programas e ações realizadas que visam a prevenção e promoção da saúde.

As ações de saúde no Brasil não enfocam programas voltados para a saúde masculina. Com a mudança no paradigma da saúde enfocando a prevenção, promoção e reabilitação da saúde, torna-se fundamental a criação de ações na Atenção Básica, contemplando estratégias que incluam o universo masculino, cuidando de sua saúde nos aspectos físico, reprodutivo, sexual, mental, social e espiritual [13].

No Brasil, boa parte dos homens só procura os serviços de saúde quando preocupados com o desempenho sexual – impotência – ou quando apresentam problemas cardíacos ou psiquiátricos, demonstrando, assim, como o próprio cuidado do homem em relação à saúde são permeados de sentimentos machistas, desconsiderando outros aspectos gerais que possam interferir na saúde como um todo [14].

Durante a coleta de dados, foi solicitado aos caminhoneiros que dessem sugestões, para que os profissionais de saúde pudessem ajudá-los na promoção de sua saúde. A tabela II mostra os dados em que foram identificadas as maiores freqüências como a de 39 para a ação de fazer campanhas nos postos de gasolina, seguida de 25 pessoas que responderam que devem ser fornecidas orientações quanto aos riscos do rebite.

Tabela II - Distribuição numérica das respostas dos caminhoneiros em relação às sugestões dadas para os profissionais da saúde.

Respostas	Freqüência
Fazer campanhas nos postos de gasolina	39
Orientar sobre os riscos do rebite	25
Ir aos postos avaliar a Pressão Arterial e informar os riscos da hipertensão	7
Palestras para os caminhoneiros nos postos de gasolina	4
Conscientizar as empresas em relação ao horário de descanso	2
Apoio nos postos de gasolina tendo assistência médica/enfermagem	9

De um modo geral, os caminhoneiros consideram as campanhas, palestras e orientações como um trabalho de grande importância, pelo fato de que aqueles que trabalham com carga pesada passam a maior parte de suas vidas na estrada e têm pouco acesso à informação. Consideram que intervenções em locais apropriados ajudariam a melhorar o conhecimento e orientação, levando-os a uma melhor conscientização dos cuidados com a sua saúde. Uma grande contribuição da enfermagem para promover a saúde destes trabalhadores poderia ser realizada através da consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem é considerada uma modalidade de assistência que tem como foco principal identificar as necessidades individuais das pessoas, estabelecer estratégias de atendimento a estas necessidades, além de ser uma oportunidade para promover a educação em saúde, visando sempre o alcance de mudanças significativas no processo saúde-doença da clientela assistida [15].

Conclusão

Os resultados demonstraram que uma parcela dos caminhoneiros utiliza a droga em sua rotina de trabalho e dentre os motivos apresentados, o principal é a necessidade de entregar as cargas nos horários estabelecidos, o que geralmente não permite pausas no trajeto para descanso, portanto recorrem à droga para se manterem acordados.

O caminhoneiro faz parte de uma clientela peculiar por ficar longe de sua cidade, residência e família. Dessa forma, envolvido na rotina do trabalho com horários irregulares para dormir, alimentar-se e descansar, esse trabalhador se distancia dos serviços de saúde que podem lhe prestar assistência de modo a promover sua saúde e prevenir doenças.

Não obstante, é de extrema relevância que os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro planeje estratégias em locais de acesso a esta categoria, como em pontos de parada, restaurantes, postos de gasolina, pátio das empresas ou salões de recreações, visando orientar essa classe de trabalhadores sobre os meios de se promover a saúde. Com ações planejadas e sistematizadas, será possível contribuir para que o caminhoneiro tenha uma vida saudável e uma melhor qualidade de vida em seu trabalho.

Referências

1. Silva P. Farmacologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Anfetaminas (bolinhas, rebites) [online]. [citado 2005 Ago 31]. Disponível em: URL: http:// www.unifesp.br/dpsicobio/cedrid/quest-drogas/drogas-estimulantes.htm.iso
3. Detransito/Denatran. Departamento Nacional de Trânsito. [citado 2005 Out 20]. Disponível em: URL: http://www.detransito@pr.gov.br.
4. Reis F. Irresponsabilidade coletiva continua fazendo vítimas. [citado 2005 Ago 24]. Disponível em: URL: http://www.revista.caminhoneiro.com.br/revista 208. rebite.htm.isso.
5. O tráfico de anfetaminas nas estradas brasileiras e o seu consumo por caminhoneiros. Revista Pharmacia Brasileira CFF 1997; 11(7).
6. Brasil. Ministério do Transporte. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. [citado 2006 Mar 19]. Disponível em URL: http://www.ministeriodotransporte.gov.br
7. Tavares ACL, Santos SR. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. Enfermagem Brasil 2006;5(4):317-23.
8. Moreno C. Pesquisa desvenda uso de drogas por caminhoneiros. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2000; São Paulo. [citado 2003 Ago 11]. Disponível em URL: <http://www.tipler.com.br/dicas/saúde/drogas.htm
9. Nossos caminhoneiros e camicases. Correio Braziliense, 2000. [citado 2003 Abr 5]. Disponível em URL: <http://www.2.correioweb.com.br/cw2000-07-30/mat-3849.htm

10. Denatran. Departamento Nacional de Trânsito. Anuário estatístico de Acidentes de Trânsito 1999. [citado 2006 Abr 20]. Disponível em URL: < http://www.detransito.gov.br>.
11. Fajardo A. Qualidade de vida com saúde total. Sociedade Brasileira de Nutrição & Qualidade de vida. São Paulo: Health Ltda; 1997.
12. Contra as drogas. Não jogue com a vida. Pouco sono e estimulantes: (risco na estrada) [online]. [citado 2005 Ago 24]. Disponível em: URL: http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo php?c=383 isso.
13. Nascimento E. AIDS – Atitudes entre caminhoneiros de estrada [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1997.
14. Arilha M. Homens: entre a zoeira e a responsabilidade. In: Arilha M, Unbehaum G, Medrado B, ed. Homens e masculinidade: outras palavras. São Paulo: Ecos; 1998. p. 58-70.
15. Caixeiro SMO. O valor da consulta de enfermagem, como etapa do processo de assistência à saúde da comunidade para o enfermeiro. Enfermagem Brasil 2006; 5(4):200-06.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2008;7(3)

Artigo original

Administração de colostro aos recém-nascidos pré-termo e baixo peso em unidade neonatal

Laíse Conceição Caetano, D.Sc.*, Izabela Torquetti Borçari**

Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,Enfermeira Saúde Pública – área materno infantil*

Resumo

A alimentação dos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso é um fator determinante para o seu crescimento e desenvolvimento, e, neste contexto, o leite materno, mais especificamente o colostro, desempenha papel fundamental. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo que se propõe averiguar a administração precoce de colostro aos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso que estiveram sob assistência na Unidade Neonatal de um Hospital Escola. Avaliou-se os dados de 28 recém-nascidos. Constatou-se que a rotina de colostro não foi devidamente incorporada pela equipe, mas o colostro foi o alimento predominante administrado aos recém-natos por meio de copo ou sonda nasogástrica.

Palavras-chave: colostro, prematuro, nutrição de grupos de risco, desenvolvimento infantil.

Abstract

Administration of colostrum to the preterm and low birth weight infants in neonatal unit

The nutrition of the preterm low birth weight infants is an important factor in growth and development, and, in this context, the breast milk, especially the colostrum, plays a fundamental role. This descriptive and retrospective study aimed at investigating the colostrum administration to preterm and low birth weight in a Neonatal Unit of a Hospital School. Data of 28 infants were evaluated. It was observed that the colostrum routine was not followed by the staff, but it was the predominant nutrient administered through a cup or nasogastric tube.

Key-words: colostrum, premature, risk groups nutrition, child development.

Artigo recebido em 2 de agosto de 2007; aceito em 28 de fevereiro de 2008.
Endereço para correspondência: laise13@yahoo.com.br, izabelatorquetti@yahoo.com.br

Resumen

Administración de calostro a recién nacidos pretérmino de bajo peso en una unidad neonatal

La alimentación de los recién nacidos pretérmino y bajo peso es un factor determinante para su crecimiento y desenvolvimiento, y la leche materna, mas específicamente el calostro, desempeña un papel fundamental. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con la finalidad de averiguar la administración precoz del calostro a recién nacidos pretérmino y con bajo peso que fueron asistidos en la Unidad de Neonatología de un Hospital Escuela. Los datos de 28 recién-nacidos fueron evaluados. Se observó que la rutina del calostro no fue incorporada por el equipo de enfermería, pero el calostro fue el alimento predominante administrado a los recién nacidos a través de vaso o sonda nasogástrica.

Palabras-clave: calostro, prematuro, nutrición de grupos vulnerables, desarrollo infantil.

Introdução

A Unidade Neonatal do Hospital Escola, campo desse estudo, assiste recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso (RNBP) sendo esta uma demanda expressiva pelo número de atendimentos a gestantes de alto risco propiciado pela característica de atenção de nível terciário da instituição.

Além da Unidade Neonatal, o Serviço de Banco de Leite Humano presta assistência às mães que vão iniciar o aleitamento, tendo especial atenção àquelas que têm filhos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer. São estimuladas, o mais precocemente possível, a iniciar a retirada manual de leite quando o bebê ainda está impossibilitado de sugar diretamente o seio. O leite retirado na maioria das vezes é ministrado crú nas primeiras doze horas após a retirada, o que, na maioria das vezes, disponibiliza o leite materno para os bebês que estão retidos na Unidade Neonatal. Deve-se destacar que o acompanhamento sistemático da equipe, principalmente de enfermagem, junto às mães possibilita a oferta de leite (colostro) tendo limitações dependentes do estado clínico materno e do recém-nascido e a decisão da equipe para iniciar o seu oferecimento.

Para a Academia Americana de Pediatria (AAP) e para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dieta deve ser administrada o mais breve possível aos recém-nascidos [1]. Assim, na unidade em estudo foi instituída como rotina a administração de 0,5 ml de colostro (10 gotas) de três em três horas, período que seria correspondente aos horários da mamada, a todos os RNPT e RNBP incluindo aqueles que estavam com dieta suspensa. Apesar da rotina instituída, muitas vezes, tais recém-nascidos ficavam sem receber o colostro ou o recebiam tardiamente.

Na assistência a estes recém-nascidos é fundamental a administração de uma nutrição adequada para suprir as necessidades nutricionais, promover o crescimento adequado e otimizar a sua evolução em longo prazo. Sabe-se que se a alimentação tiver início precoce (3 a 4h de vida) é possível diminuir o risco de hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, desidratação podendo ainda propiciar menor perda de peso [2].

Os recém-nascidos prematuros nascem com baixas reservas de nutrientes que normalmente seriam depositados no último trimestre da gravidez como os minerais, as vitaminas lipossolúveis, a gordura subcutânea e o estoque de carboidratos. As funções digestiva e motora são imaturas e a tolerância a alimentação por via enteral pode estar freqüentemente alterada. Como a produção de algumas enzimas só se inicia em um período tardio da gravidez, nestes recém-nascidos podem ocorrer problemas de metabolismo de glicose e aminoácidos. Contudo, a imaturidade de outros órgãos pode também trazer problemas para a nutrição como a retenção menor de sódio nos rins [3].

O leite materno deve ser o alimento de escolha para este grupo de crianças [3]. Salvo em condições especiais, o leite materno e principalmente o colostro, não devem ser suprimidos da dieta dos recém-nascidos, e ser administratado o mais precoce possivel [4]. A ingesta de colostro é importante dadas as suas características principalmente pela presença das imunoglobulinas. Promove a colonização intestinal com *Lactobacillus bífidus* que diminui o pH e torna o meio desfavorável do crescimento de bactérias enteropatogenicas, além disso é laxativo e auxilia na eliminação de mecônio ajudando a prevenir a icterícia. Quando o recém-nascido (RN) é inapto a sugar diretamente na mama é recomendável a extração manual do leite com oferta do leite fresco por copo ou sonda [4,5]. Considerando a importância do leite materno e as condições destas crianças ao nascer, o presente

estudo vem descrever a dinâmica empreendida pela equipe no que diz respeito a execução da rotina de colostro, tendo os seguintes objetivos: verificar se a administração de colostro ocorreu de forma sistemática aos RNPT ou RNBP admitidos na Unidade Neonatal; verificar quanto tempo após o nascimento foi prescrito a administração de colostro; identificar o tipo de leite oferecido nos primeiros dias de vida dos recém-nascidos.

Materiais e método

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado em uma Unidade Neonatal, no período de maio a julho de 2006. Participaram deste estudo, 28 RNPT e RNBP assistidos da Unidade Neonatal e do Banco de Leite Humano da mesma instituição. Os recém-nascidos que nasceram na instituição foram transferidos e retornaram e os que possuíam alguma contra-indicação quanto ao recebimento de leite humano foram excluídos. Para classificar os RNPT e RNBP, neste estudo, os recém-nascidos foram classificados de acordo com o peso ao nascer, sendo considerados recém-nascidos de baixo peso aqueles que apresentaram peso inferior a 2500 gramas. Utilizou-se a subclassificação dos RNBP considerando: Muito Muito Baixo Peso (MMBP), com peso de nascimento inferior a l000 g e Muito Baixo Peso (MBP), com peso entre l000 g e 1500 g [6].

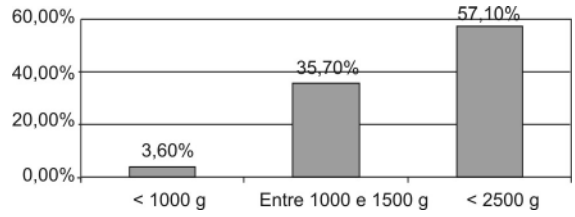
Este estudo obteve a apreciação e aprovação do comitê de ética da instituição onde foi realizado o trabalho. As fontes de dados para a pesquisa foram a prescrição médica – impresso que contém a prescrição de cuidados médicos e enfermagem para o recém-nascido – e o prontuário –documento que contém a história e a evolução diária. Após a análise foram elaborados gráficos com dados absolutos e percentuais das variáveis estudadas. O pequeno número de neonatos envolvidos no estudo não possibilitou a realização de testes para a execução de uma análise estatística acurada.

Resultados

Para atender aos objetivos traçados no estudo foi preciso, primeiramente, caracterizar os recém-nascidos envolvidos. O peso ao nascer, associado a outras condições, como idade gestacional vem indicar o desenvolvimento e a habilidade da criança para receber a dieta enteral bem como o método a ser utilizado para administrá-la.

Os Grafícos I e II mostram a distribuição dos neonatos segundo o peso ao nascer e idade gestacional.

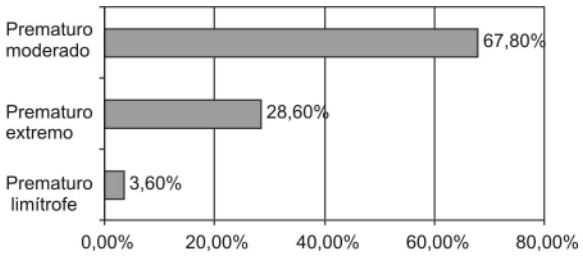
Gráfico I - Distribuição dos recém-nascidos por peso ao nascer.



Dos recém-nascidos estudados, há predominância de crianças de baixo peso. Somente 3,6% se encontravam com peso adequado à idade gestacional. O baixo peso ao nascer predispõe a condição de risco com morbimortalidade alta pelas condições clínicas após o nascimento; os percentuais encontrados são representativos no que diz respeito à necessidade de cuidados especiais podendo-se destacar à nutrição

Por meio dos Gráficos I e II, ou seja, ao considerar o peso de nascimento e a idade gestacional, pode-se dizer que a maioria das crianças tem aptidão para sugar e deglutir podendo ser alimentadas por sucção direta ao seio materno.

Gráfico II - Distribuição dos Recém-nascidos por idade gestacional.

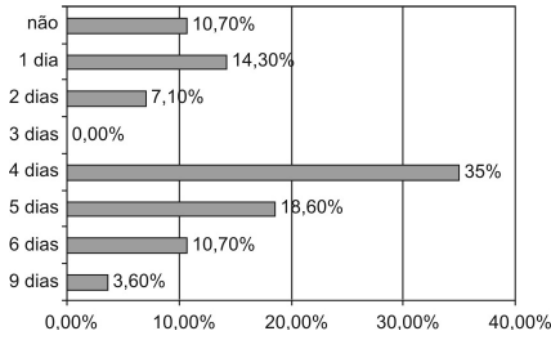


No que se refere à rotina da administração de colostro, somente quatro bebês estavam recebendo leite materno e formula láctea, tendo recebido as gotas de colostro. Treze, receberam leite materno exclusivo depois de estabelecida a dieta enteral total sem ter iniciado logo ao nascer o recebimento das gotas de colostro. O restante estava em aleitamento materno exclusivo sem ter recebido também as gotas de colostro (Gráfico III).

Quanto ao início do recebimento de dieta, grande parte dos recém-nascidos iniciou a dieta nos primeiros seis dias de vida com predomínio dos quatro dias. A gradação dos dias pode estar relacionada

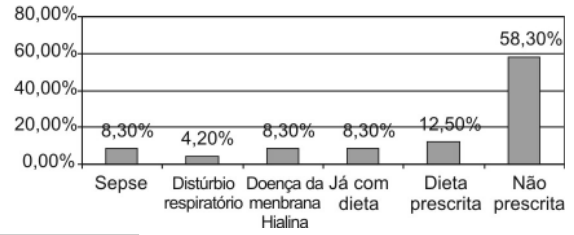
às condições clínicas do bebê que está mais detalhada no próximo gráfico e a disponibilidade do colostro para seu oferecimento.

Gráfico III - Início da dieta precoce.



O Gráfico IV relaciona os motivos encontrados para a não administração do colostro em concordância com a rotina já mencionada. Observou-se algumas justificativas clássicas para suspensão total da dieta, como: sepse, Doença da Membrana Hialina (DMH) e distúrbios respiratórios. É importante ressaltar que para 58,3% das crianças estudadas não havia prescrição da rotina de colostro, sem contudo ter apresentado justificativa clássica para suspensão total da dieta. Sepse e distúrbios respiratórios também surgiram como motivo para o impedimento de administração precoce da dieta.

Gráfico IV - Motivos do não recebimento do colostro.



Discussão

Atualmente é de consenso que o crescimento dos recém-nascidos, principalmente o pré-termo deve seguir o padrão de crescimento intra-uterino, porém a necessidade de desenvolvimento no extra-uterino sofre uma série de influências que podem interferir na capacidade de crescer destas crianças, dentre elas está o peso ao nascer, as suas condições clínicas e o manejo da sua alimentação [7].

Quanto ao método de alimentação deste grupo de recém-nascidos está estabelecido que aqueles com peso maior que 2000 g, que tenham boa aptidão para sugar e deglutir, podem e devem ser alimentados no seio materno, com peso entre 1500 e 2000 g devem utilizar o copo e, finalmente, aqueles com peso inferior a 1500 g o método da gavagem [2].

Contudo, outros critérios devem ser observados além do peso para atenção à nutrição adequada e indicação de um método de alimentação apropriado, dentre eles pode-se destacar a maturidade de sistemas e órgãos envolvidos no processo sucção-respiração-deglutição e a absorção de nutrientes que, de forma inter-relacionada, influenciam na evolução destas crianças.

Os recém-nascidos com menos de 32-34 semanas de idade gestacional não apresentam sucção de forma eficiente, ou apesar de apresentarem boa sucção, não são capazes de coordenar sucção-deglutição-respiração [4]. Tal condição pode aumentar o risco de aspiração para o RNPT antes de 31 a 33 semanas de gestação. Além disso, o trato gastrointestinal do RNPT é imaturo, mas a partir de 28 a 30 semanas de idade gestacional pode absorver e utilizar os nutrientes necessários para o crescimento extra-uterino [8].

A alimentação enteral é um fator a ser considerado para adaptação pós-natal e, atualmente, tem-se proposto oferecer alimentação enteral mínima juntamente com a alimentação parenteral com o objetivo de induzir o aparecimento de hormônios e manter o estímulo para o desenvolvimento intestinal [4-9]

A nutrição enteral mínima é segura e benéfica e pode ser dada após o nascimento prematuro, de preferência no segundo ou terceiro dia de vida, para aqueles que apresentam patologias graves ou condições clínicas que empeçam o avanço da alimentação enteral. Se o RN for considerado inapto, o volume pode ser reduzido correspondendo a um valor menor ou igual 10 ml /kg/dia [4-9].

A rotina em estudo não estava sendo incorporada às práticas da unidade, mas o leite materno (LM) foi administrado preferencialmente. Pela idade gestacional os recém-nascidos estavam todos aptos a pelo menos deglutir, o que não justificaria a não implementação da rotina do colostro, uma vez que, em apenas 5% a rotina foi instituída.

Entende-se como dieta precoce àquela iniciada nas primeiras 24 horas a 7 dias de vida. Tal conduta traz como vantagens à estimulação da mucosa gastrointestinal, a maturação da atividade motora e o aumento da secreção de hormônios reguladores [4]. Além disso, ganho de peso mais rápido, menor incidência de hipoglicemia sintomática, níveis mais baixos de bilirrubinemia e melhor desempenho neurológico futuro com menor risco de pneumonia aspirativa foram associados com a administração de nutrientes ao RNPT nas primeiras horas de vida [10].

O início da dieta foi precoce no grupo estudado, porém o método utilizado poderia ter privilegiado a fase de estímulos iniciais (contato com o mamilo, preensão da região mamilo-areolar) e posteriormente sucção direta. Na relação entre o método utilizado e o tipo de dieta ministrada o estudo mostrou que apesar de o leite materno ser o alimento de escolha na administração da dieta enteral, o método selecionado para este fim não era a sucção no seio materno, mas, sim, a sonda naso ou orogástrica. A alimentação por sonda pode trazer um retardo no estímulo à sucção eficiente quanto maior o tempo de uso do método. O uso da sonda gástrica não deve ser prolongado além do estritamente necessário, pois se acredita que a sonda gástrica atrasa a coordenação dos movimentos de sucção e deglutição [11].

Dependendo da idade gestacional, a oportunidade de preparar as estruturas necessárias ao ato de mamar costuma ser incompleta, apesar de muitos prematuros demonstrarem o desejo de receber alguma estimulação oral. Assim, a estimulação deve ser adequada ao estado de desenvolvimento do RN e proporcionar conforto. Os estímulos positivos e agradáveis podem estar presentes no ato de lamber o leite que se encontra sobre o mamilo, sugar o seio, bem como ingerir o leite em copo. O prematuro deve ter a oportunidade de exercitar ou simular a sucção quando ainda apresenta características do padrão imaturo de sucção. Tal oportunidade possibilitara desenvolver a habilidade de sugar antes do período considerado de sucção ou padrão de sucção maduro [11-12].

Neste estudo as condições clássicas encontradas para a suspensão total da dieta não deveriam constituir como condição limitadora ou impeditiva para implementar e administrar a rotina das gotas de colostro, principalmente para os recém-nascidos portadores de sepse. As gotas de colostro correspondentes à alimentação enteral mínima deveriam estar sendo administradas de forma mais ampla a grande parte do grupo estudado, não só pelos benefícios que o colostro proporciona, mas também porque o volume a ser administrado, ou seja, 0,5 ml de colostro não iria comprometer a evolução clínica dos recém-nascidos. Os riscos eram quase nulos, pois sem sucção direta na mama materna o colostro poderia ser gotejado ou ministrado por meio de sonda gástrica.

Conclusão

Durante o estudo algumas limitações foram encontradas, tais como baixa rotatividade na Unidade Neonatal e elevado número de recém-nascidos com passagem pelo CTI. Os recém-nascidos estavam recebendo dieta precoce e o leite administrado era leite materno, mas não o colostro. Na tentativa de atribuir motivos para a não implementação da rotina de colostro ressalva-se a não provisão do mesmo por parte das mães devido as condições clínicas das puérperas e o atraso da estimulação pela sucção direta ao seio, que, por sua vez , interfere na produção láctea e no oferecimento do leite regularmente. Em relação a assistência prestada na Unidade Neonatal tem-se a não formalização da rotina e a não adesão da equipe a mesma.

O pequeno número de recém-nascidos estudados não pode balizar conclusões amplas, porém todos os esforços devem ser envidados no sentido de oferecer mais precocemente o leite materno. No estudo os recém-nascidos eram de risco, na sua maioria prematuros, recebendo com pequeno percentual a fórmula láctea e mantendo por período prolongado o uso da sonda gástrica. A rotina do colostro em nenhum momento deveria ser evitada, pois mesmo diante das justificativas clássicas para suspensão da dieta o emprego da mesma não traria risco e sim benefícios ao grupo de crianças estudadas.

Referências

1. Rea MF. Amamentação e uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. J Pediatr 1998;74(3):171-3.
2. Amaury O. Alimentação do lactente. 8a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1988.
3. Marcondes E, Lima I.N. Dietas em pediatria clínica. 3a ed. São Paulo: Sarvier;1987.
4. Lopes SMB, Lopes JMA. Follow-up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
5. Valdés V, Pérez SA, Labbok M. Manejo clínico da lactação. Assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
6. Leone CR, Tronchin DMR Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1996.
7. Hay Junior WW, Lucas A, Herid WC, Ziegler E, Levin E, Grave GD. Workshops summary: Nutrition of the extremely low birth weight infant. Pediatrics 1999;104:1360-8.
8. Segre CAM, Armellini PA, Marino WT. RN. 4a ed. São Paulo: Sarvier; 1995.
9. Ferlin MLS. Alimentação enteral do recém-nascido prétermo. In: Pachi P. O pré-termo. Morbidade diagnóstico tratamento São Paulo: Rocca; 2003. p.143-65.
10. Woiski JR. Nutrição e dietética em pediatria. 3a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998.
11. Lang S. Aleitamento do lactente: cuidados especiais. São Paulo: Santos; 1999.
12. Simpson C, Schanler RJ, Lau C. Early introduction of oral feeding in preterm infants. Pediatrics 2002;110(3):517-22.

Artigo original

A contribuição dos mestrandos e doutorandos do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) para os estudos em história da enfermagem: 1993-2003

Olívia Cristina de Assunção Cruz*, Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço, D.Sc.**

**Enfermeira, Membro do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras), Bolsista da FAPERJ, **Enfermeira, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Membro do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras), Pesquisadora da FAPERJ*

Resumo

Esta pesquisa trata da contribuição dos mestrandos e doutorandos do Nuphebras para os estudos de história da enfermagem. È uma pesquisa quantitativa de natureza histórica com recorte temporal de 1993 a 2003. Foram levantados os artigos publicados em três periódicos selecionados na linha de pesquisa história da enfermagem, que tinham entre os autores, pelo menos, um ex-aluno de pós-graduação da EEAN e membro do Nuphebras. Analisando os dados percebeu-se que houve um aumento significativo da publicação de artigos sobre a História da Enfermagem após a criação da linha de pesquisa. E que a produção científica na área de história da enfermagem vem conquistando espaço nos periódicos de enfermagem.

Palavras-chave: história da enfermagem, educação em enfermagem, pesquisa.

Abstract

The contribution of the scholars from the Research Center of Brazilian Nursing History (Nuphebras) for History of Nursing studies: 1993-2003

This research is about the contribution of masters and doctors students from Nuphebras for studies of History of Nursing. It is a quantitative research of historical approach which comprises the years 1993 to 2003. Articles from three different journals related to history of nursing research, written, at least, by one ex-postgraduate students of EEAN, were selected. After analyzing data, it was noticed a substantial increase on the number of articles on History of Nursing after creating this line of research, and, moreover, this topic has been also increasing interest in journals of nursing.

Key-words: history of nursing, nursing education, research.

Artigo recebido em 4 de abril de 2007; aceito em 25 de junho de 2008.
Endereço para correspondência: Olívia Cristina de Assunção Cruz, Boulevard 28 de Setembro 258/209, 20551-031 Rio de Janeiro RJ

Resumen

La contribución de los alumnos de maestría y doctorado del Núcleo de Investigación de Historia de la Enfermería Brasileña (Nuphebras) para los estudios de la Historia de la Enfermería: 1993-2003

Esta investigación trata de la contribución de los alumnos de maestría y doctorado del Nuphebras para los estudios de Historia de la Enfermería. Se trata de una pesquisa cualitativa de abordaje histórico desde el año de 1993 hasta el 2003. Fueron seleccionados artículos de tres periódicos en la línea de investigación sobre la historia de la enfermería, que entre los autores, por lo menos, uno era un ex alumno de postgrado de la EEAN y miembro de la Nuphebras. Analizando los datos, se observó un aumento significativo de la publicación de artículos acerca de la Historia de Enfermería después de la creación de la línea de investigación. Además, la producción científica en el área de la historia de la enfermería viene conquistando espacio en muchos periódicos de enfermería.

Palabras-clave: historia de la enfermería, educación en enfermería, investigación.

Introdução

A pesquisa em nível de pós-graduação *stricto sensu* iniciou, na EEAN (Escola de Enfermagem Anna Nery), com a criação do Curso de Mestrado, em 1972. Seu propósito mais imediato era titular enfermeiros para a docência, a fim de atender a Reforma Universitária de 1968 e o 1º Plano Nacional de Pós-Graduação/MEC. Naquela ocasião, os docentes com titulação (doutorado ou livre docência) para o ensino de pós-graduação foram se organizando como orientadores de pesquisa. Essa organização dos professores se deu de acordo com a demanda dos alunos e das necessidades do curso, e não em razão da sua produção científica e/ou prática [1].

Em meados da década de 80, o curso de mestrado da EEAN recebeu conceito B, na avaliação da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

> "As atividades da CAPES podem ser agrupadas em quatro grandes linhas de ação, cada qual desenvolvida por um conjunto estruturado de programas: a) avaliação da pós-graduação stricto sensu; b) acesso e divulgação da produção científica; c) investimentos na formação de recursos de alto nível no país e exterior; d) promoção da cooperação científica internacional [2]."

A queda no conceito impulsionou um movimento interno de avaliação. Surge então no corpo docente, o reconhecimento da necessidade inadiável de discutir mais ampla e profundamente as dificuldades do curso, bem como as estratégias para reverter àquela avaliação considerada desfavorável. Esse movimento de renovação foi pontuado por oficinas e seminários avaliativos que se constituíram em momentos decisivos para a recuperação do dinamismo do programa de mestrado. E, foi com esse espírito de inovação e a necessidade de reafirmar o prestígio de sua pesquisa, que a EEAN cria, em 1989, o Curso de Doutorado em Enfermagem [3].

O empenho foi de tal monta que o Curso de Doutorado, já em 1994, recebe conceito A na avaliação da CAPES. Um dos fatores que contribuíram para a conquista foi a produção científica dos docentes do curso na área de História da Enfermagem [3].

Em 1990, foi criada a Comissão Temporária de Alocação de Vagas Docentes (COTAV) na UFRJ, a qual passou a exigir que as vagas solicitadas fossem alocadas por setor ou área de conhecimento [1]. Devido a isso, o Departamento de Enfermagem Fundamental, em seminário interno redimensionou suas áreas ou setores de conhecimento, ficando assim constituídas: História da Enfermagem, Concepções Teóricas e Tecnológicas de Enfermagem, Ética Profissional e Cuidados Básicos de Enfermagem [4].

> Em 1968, o corpo docente da EEAN, foi agrupado em departamentos a partir das diretrizes emanadas da lei da Reforma Universitária, lei n. 5540/68. Por força da lei, foram extintas as cátedras ou cadeiras de onde emanavam autoridade e o poder na universidade e com isto as disciplinas afins foram reunidas em departamentos, que passaram a ser unidades com autonomia administrativa para desempenho de suas atividades, possibilitando a economia de recursos materiais e humanos. Surge então o Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) [4].

Este movimento, em meio a tantas dificuldades estruturais e conjunturais, refletiu positivamente nos rumos do Departamento. Este aumentou consideravelmente sua produção científica, e delineou suas áreas de conhecimento e suas linhas de pesquisa, além de iniciar a implantação de estratégias que visassem aprofundar e/ou fortalecer a articulação entre a graduação e a pós-graduação [2].

Ainda na década de 90, a Escola dispunha de um corpo docente considerado, pela CAPES, capaz para as atividades de administração, de ensino *Stricto – Sensu* e de orientação de trabalhos de conclusão de curso (dissertação de mestrado e teses de doutorado), porém, em termos quantitativos, o corpo docente era insuficiente para atender às necessidades administrativas, devido à ampliação das funções da Coordenação Geral de Pós-graduação e a criação de sub-coordenações. Além disso, urgia a necessidade de implantar a Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento, no contexto da Coordenação Geral de Pós-graduação, para impulsionar ainda mais a produção científica docente e discente na pós-graduação [1].

O caminho inicial foi criar a Secretaria de Apoio à Pesquisa (SAPq), que iniciou suas atividades em maio de 1993. Dentre suas competências estava: incentivar a criação e desenvolvimento de núcleos de pesquisa, elaboração de projetos de pesquisa e divulgação de eventos científicos nacionais e internacionais [1]. A criação da SAPq foi a mola propulsora para que em 8 de dezembro de 1993 o Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) fosse fundado como órgão vinculado ao Departamento de Enfermagem Fundamental e à Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa [2]. Nesta mesma data foi inaugurado o Centro de Documentação da EEAN, oferecendo aos pesquisadores de todo o país um acervo documental informatizado (escrito e iconográfico) que remonta ao início do século 20 [5].

A criação do Núcleo e a defesa da primeira tese de doutorado intitulada "A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose", por Ieda de Alencar Barreira, na área de História da Enfermagem marcaram a inserção da linha de pesquisa História da Enfermagem na Pós-graduação da EEAN.

Por sua vez, a criação do Nuphebras possibilitou cadastrar projetos de pesquisa de História da enfermagem em andamento. Esta medida trouxe a possibilidade de se iniciar reuniões científicas para a discussão dos projetos em construção e das pesquisas em andamento. As reuniões científicas passaram a ser freqüentadas por enfermeiros interessados em realizar o curso de pós-graduação *Strictu Sensu*, e em desenvolver pesquisa na linha História da Enfermagem [6].

Ao mesmo tempo, os pesquisadores em História da Enfermagem iniciaram um movimento de trazer seus bolsistas de Iniciação Científica para participar das reuniões. E assim, o grupo foi se fortalecendo com a presença de pesquisadores, em diferentes níveis. Buscava-se avançar na integração graduação/pós-graduação/pesquisadores. Em 1999, o Núcleo passou a oferecer duas disciplinas eletivas para o Curso de Graduação da EEAN, cujo seu desenvolvimento aconteceria no âmbito das reuniões do Nuphebras. Sua finalidade era iniciar e incentivar alunos do curso de graduação que não tem bolsa de apoio financeiro na pesquisa em história da enfermagem [6].

A consolidação do Núcleo e a periodicidade das reuniões resultou no Seminário Permanente do Nuphebras, o qual continua congregando pesquisadores de diferentes níveis com interesse em pesquisa na área de História da Enfermagem [6].

Nos últimos anos, o Núcleo vem divulgando e enriquecendo o acervo documental de enfermagem e, principalmente, contribuindo para a construção social da história da enfermagem brasileira [7]. Vários enfermeiros concluíram suas teses e dissertações na linha de pesquisa História da Enfermagem, assim como participaram de um encontro semanal para discutir as pesquisas e os projetos em andamento, o Seminário Permanente do Nuphebras. Este espaço de intercâmbio de conhecimento entre graduação, pós-graduação e pesquisadores culminou com uma significativa produção literária em história da enfermagem. No ano de 2003, o Nuphebras completou 10 anos de intenso trabalho na área da pesquisa. Diante disso, destaca-se a relevância de listar os alunos do Curso de Pós-graduação da EEAN, que realizaram a dissertação ou tese na linha de pesquisa História da Enfermagem. Assim como, identificar a produção científica desses alunos nesta linha de pesquisa.

Diante disso, traçou-se o seguinte objeto de estudo:

A produção científica dos ex-alunos de pós-graduação da EEAN, na linha de pesquisa História da Enfermagem, entre 1993 e 2003.

Objetivos

- Listar os ex-alunos de pós-graduação da EEAN com pesquisa cadastrada no Nuphebras, entre 1993 e 2003;
- Identificar os artigos publicados, por esses ex-alunos, na linha de pesquisa história da enfermagem;
- Discutir a importância dessa produção científica para consolidação da linha de pesquisa Historia da Enfermagem no campo da Enfermagem.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza histórico-social. O marco inicial (1993) trata-se do ano de criação do Nuphebras, quando os pesquisadores começaram a cadastrar no Núcleo as pesquisas em História da Enfermagem em andamento. O marco final é 2003, ano que o Núcleo completou 10 anos de existência. As fontes para localizar os ex-alunos de pós-graduação foram as atas do Seminário Permanente do Nuphebras, documentos do acervo do Nuphebras e arquivo de teses e dissertações da Biblioteca Setorial da EEAN.

No entanto, somente a partir do segundo semestre de 1999, é que os Núcleos de Pesquisa da EEAN começam a fazer a seleção de candidatos aos cursos de Mestrado e Doutorado. A partir daí é incluído no livro ata de defesa a linha História da Enfermagem. Diante disso, de 1993 a 1999, foram adotados os seguintes critérios para que a pesquisa fosse considerada na linha de História da Enfermagem: estar o projeto cadastrado no Nuphebras e/ou nos descritores estiver História da Enfermagem.

No que se refere à produção científica, foram levantados os artigos com área temática História da Enfermagem, publicados em três periódicos indexados e considerados relevantes para publicação de pesquisas na enfermagem entre 1993-2003, na linha de pesquisa história da enfermagem, que tinha entre os autores, pelo menos, um ex-aluno de pós-graduação da EEAN e membro do Nuphebras – aquele que tem, pelo menos, um projeto de pesquisa cadastrado no núcleo.

A coleta de dados se iniciou com o levantamento nominal dos ex-alunos, a seguir foram selecionados os três periódicos: Revista Brasileira de Enfermagem,

Quadro I - Enfermeiros que concluíram o Curso de Doutorado na linha História da Enfermagem.

Doutor	Orientador	Ano de conclusão
Ieda de Alencar Barreira*	Bila Sorj	1992
Vera Regina Salles Sobral	Madel Therezinha Luz	1994
Suely de Souza Baptista	Ieda de Alencar Barreira	1995
Ligia de Oliveira Viana	Maria Teresinha Pereira e Silva	1995
Isabel Cristina dos Santos Oliveira	Lana Lage da Gama Lima	1996
Ilda Cecília Moreira da Silva	Maria Antonieta Rubio Tyrrel	1996
Jussara Sauthier	Ieda de Alencar Barreira	1996
Maria do Socorro Batista de Souza	Vivina Lanzarine de Carvalho	1996
Lidya Tolstencko Nogueira	Berenice Xavier Elsas	1996
Maria Itayra Coelho de Souza	Vera Regina Salles Sobral	1997
Isaura Setenta Porto	Antônio Flavio Barbosa	1997
Lucia Helena Silva Correa Lourenço	Speranza França da Mata	1998
Maria da Luz Barbosa Gomes	Ilda Cecília Moreira da Silva	1998
Teresa Cristina Escrivão Soares Cortez	Ilda Cecília Moreira da Silva	1998
Gertrudes Teixeira Lopes	Suely de Souza Baptista	1998
Tânia Cristina Franco Santos	Ieda de Alencar Barreira	1998
Eliane Matos Brandão	Ligia de Oliveira Viana	1999
Osnir Claudiano da Silva Júnior	Cristina Maria Loyola Miranda	2000
Eliane Aparecida Sanches Tonolli	Vilma de Carvalho	2001
Jane Márcia Progiante	Ieda de Alencar Barreira	2001
Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes	Suely de Souza Baptista	2001
Regina Maria dos Santos	Joséte Luzia Leite	2001
Maritza Consuelo Ortiz Sanches	Maria da Luz Barbosa Gomes	2003

*O Nome de Ieda de Alencar Barreira foi acrescido, embora não obedeça ao recorte temporal, porque esta pesquisadora defendeu a primeira tese do Curso de Doutorado da EEAN, em 1992, sendo a tese inaugural da linha de pesquisa História da Enfermagem. A tese foi publicada pela Editora da UFRJ. Além disso, a pesquisadora tem participação importante nos destinos da linha de pesquisa História da Enfermagem.

Escola de Enfermagem Anna Nery- Revista de Enfermagem e Revista Latino-americana de Enfermagem. Os dados levantados foram agrupados e correlacionados, sendo apresentados em quadro e tabelas.

Análise de dados

As fontes consultadas apontaram que, entre 1993 e 2003, 22 enfermeiros concluíram o Curso de Doutorado na EEAN, com pesquisa na linha História da Enfermagem. Assim como, 13 enfermeiros concluíram o mestrado. Cabe destacar que, uma enfermeira, Maritza Consuelo Ortiz Sanches, concluiu neste período o curso de mestrado e doutorado nesta linha.

Quadro II - Enfermeiros que concluíram o Curso de Mestrado na linha História da Enfermagem.

Maristela Freitas Silva	Ilda Cecília Moreira da Silva	1995
Maria Manuela Vila Nova Cardoso	Cristina Maria Loyola Miranda	1996
Antonia Regina Messias Fernandes Sena	Ieda de Alencar Barreira	1999
Luciane Marques de Araújo	Suely de Souza Baptista	2000
Carla Christina Passos	Ieda de Alencar Barreira	2000
Maritza Consuelo Ortiz Sanches	Maria da Luz Barbosa Gomes	2000
Lúcia Helena de Oliveira	Ieda de Alencar Barreira	2000
Maria Regina Marques Bezerra	Suely de Souza Baptista	2002
Sonô Taira Oliveira	Tânia Cristina Franco Santos	2002
Maria Cristina Fréres de Araújo	Isabel Cristina dos Santos Oliveira	2002
Luciana Menezes de Araújo	Tânia Cristina Franco dos Santos	2002
Luiza Mara Correia	Suely de Souza Baptista	2003
Eliane Maria Teixeira Barreto	Lúcia Helena Silva Correa Lourenço	2003

Todas as orientadoras do mestrado, com exceção de uma, foram alunas do doutorado na linha de pesquisa História da Enfermagem. Este fato permite perceber que foram atendidas as exigências da Reforma Universitária de 1968 e do 1º plano Nacional de pós-graduação/MEC e ainda mostra que o núcleo é formador de mão de obra qualificada para atender as necessidades da universidade. É importante ressaltar que em 1998 as defesas ocorridas foram de doutorandas que mais tarde integrariam o Nuphebras não só como pesquisadoras como também como orientadoras na linha de pesquisa História da Enfermagem.

Quadro III - História da Enfermagem: número de Teses e Dissertações defendidas – 1993/2003

Ano	Doutorado	Mestrado	Total
1993	-	-	-
1994	01	-	01
1995	02	01	03
1996	05	01	06
1997	02	-	02
1998	05	-	05
1999	01	01	02
2000	01	04	05
2001	04	-	04
2002	-	04	04
2003	01	02	03
Total	22	13	35

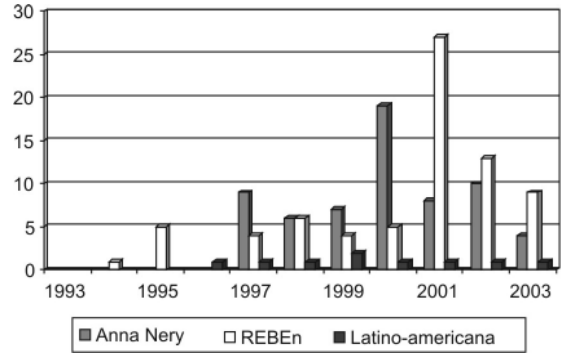
Os dados do Quadro III demonstram que foram concluídos 35 trabalhos na pós-graduação da EEAN, na linha de História da Enfermagem. E que a partir de 1999, quando a seleção dos candidatos aos cursos passa a ser pelos Núcleos há um aumento significativo de enfermeiros concluindo o Mestrado na linha de História da Enfermagem.

Quadro IV - Produção dos ex-alunos: número de artigos na linha de pesquisa História da Enfermagem publicados em periódicos – 1993/2003.

Ano	EEAN – Revista de Enfermagem	Revista Latino americana de Enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	Total
1993	-	-	-	-
1994	-	-	-	-
1995	-	-	-	-
1996	-	-	-	-
1997	04	01	-	05
1998	05	-	02	07
1999	06	01	03	10
2000	09	01	-	10
2001	03	01	05	09
2002	10	-	05	15
2003	04	-	2	06
Total	41	04	17	62

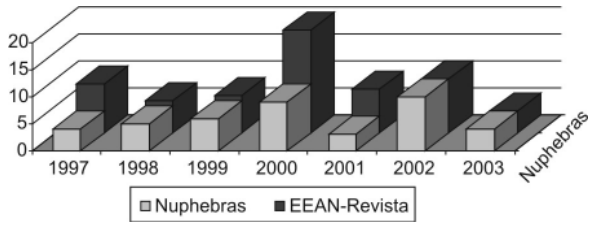
O Quadro IV aponta que foram publicados em 10 anos de Nuphebras 62 artigos, sendo que 41 na Revista da Escola Anna Nery. Observa-se também, que houve aumento significativo de publicações após 1999, quando a seleção aos Cursos de Mestrado e Doutorado se inicia pelos Núcleos. É possível perceber também que as publicações de autoria dos ex-alunos iniciam-se em 1997 e permanecem presentes até 2003, fim do recorte. As publicações no periódico Anna Nery - Revista de Enfermagem são bem relevantes, chegando até 10 publicações em um ano.

Gráfico I - Publicações de artigos com área temática história da enfermagem de 1993 a 2003 nos periódicos selecionados.



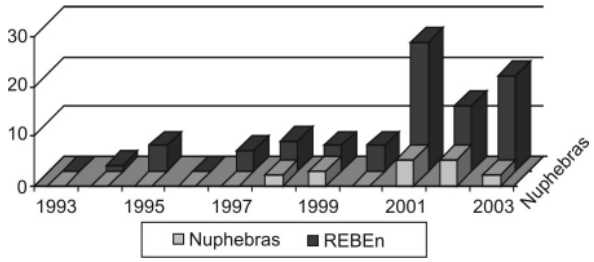
O Gráfico I mostra que a publicação de artigos com área temática história da enfermagem nos periódicos selecionados vem crescendo. Em 2001 foram 27 artigos nesta área temática em apenas um periódico.

Gráfico II - Artigos dos ex-alunos de história e membros do Nuphebras e artigos de todos os outros autores com área temática história da enfermagem na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.



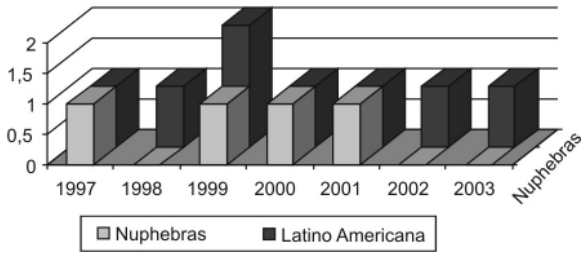
A partir do Gráfico II é possível perceber a partir de 1997, que a publicação de artigos pelos ex-alunos tornou-se constante neste periódico, sendo esta de pelo menos 3 artigos por ano na Anna Nery- Revista de Enfermagem. E que, em 2000 e 2003, todos os artigos publicados na linha de pesquisa história da enfermagem foi de autoria de pelo menos um membro do Nuphebras.

Gráfico III - Artigos dos ex-alunos de história e membros do Nuphebras e artigos de todos os outros autores com área temática história da enfermagem na REBEn 1993 – 2003.



O Gráfico IV mostra que as publicações iniciam-se em 1998 no periódico selecionado.

Gráfico IV - Artigos dos ex-alunos de história e membros do Nuphebras e artigos de todos os outros autores com área temática história da enfermagem na Revista Latino-americana de enfermagem 1993-2003.



O Gráfico V mostra que a Revista Latino-Americana é um periódico que não se encontram muitas publicações na linha de pesquisa História da enfermagem. É possível perceber isso através do gráfico acima, o qual mostra que o maior número de publicações por ano é de dois artigos. E sendo esse um periódico de nível internacional, a participação do Nuphebras na autoria dos artigos é marcante, com anos em que o único artigo publicado é de autoria de pelo menos um ex-aluno de pós-graduação membro do núcleo.

Conclusão

O Nuphebras tem contribuído para a formação de pesquisadores. Em dez anos de existência mais de vinte teses de doutorado e dez dissertações de mestrado foram defendidas e aprovadas. A criação do Nuphebras intensificou as publicações na área de história da enfermagem, principalmente a partir

do momento em que a seleção dos candidatos aos cursos S*tricto Sensu* passou a ser realizada pelos Núcleos, na EEAN, em 1999. Observou-se também que os doutores qualificados com pesquisa na área de História da Enfermagem foram, no Nuphebras, os principais orientadores no Curso de Mestrado, possibilitando atender a demanda interessada em pesquisar nesta linha.

Em 1998 ocorreram cinco defesas de doutorandas que mais tarde iriam compor a linha de pesquisa História da Enfermagem enquanto docentes da Anna Nery.

A produção científica na área de história da enfermagem conquistou espaço nos periódicos de enfermagem, e vem aumentando de forma gradativa. Isto fortalece e contribui para dar visibilidade à linha de pesquisa e ao Núcleo. Além disso, a História da Enfermagem vem apresentando um potencial como elemento integrador entre o ensino e a pesquisa na Enfermagem. Destaca-se ainda a farta publicação de artigos, principalmente na EEAN- Revista de Enfermagem, sobre a História da Enfermagem após a criação da linha de pesquisa. Isto vem contribuindo para divulgar o acervo histórico e a produção acadêmica da pós-graduação da EEAN.

È possível perceber também que alguns periódicos de enfermagem resistem às publicações na linha de pesquisa história da enfermagem, como é o caso da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Referências

1. Carvalho V, Tyrrel MAR, Miranda CML,Studart MC, Waltenberg RCM. Coordenação de Pesquisa e Desenvolvimento da Pós Graduação da EEAN/ UFRJ. Esc Anna Nery Rev Enferm 1997;1(1):59-66.
2. CAPES. História e Missão [online]. [citado 2006 Nov 20]. Disponível em: URL: http://www.capes.gov.br/capes/portal/conteudo/10/historico.htm.
3. Baptista SS, Souza IEO, Sauthier J. O Curso de doutorado em Enfermagem da EEAN/ UFRJ: criação, desenvolvimento e tendências. Esc Anna Nery Rev Enferm 1999;3(2):79-84.
4. Alvim NAT, Baptista SS, Barreira IA. A trajetória das áreas de conhecimento de um departamento de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm1999;3(2):34-39.
5. Sauthier J, Carvalho MTC, Santos NM . Centro de documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN): uma contribuição à história da enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(5):81-84.
6. Oliveira ICS, Lourenço LHSC, Santos TCF. Núcleo de Pesquisa da história da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). Esc Anna Nery Rev Enferm 1997;1(1):99-102.
7. Barreira IA, Baptista SS. La investigación y La Documentación en la Historia de la Enfermería en Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm 2000;3(2):935-403.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2008;7(3)

Revisão

Etnografia e o cuidado de enfermagem no processo de viver do cliente com fístula faringocutânea

Elza Maria Santos Lima, D.Sc.*, Maria José Coelho, D.Sc.**

**Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), ** Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do DEMC, Coordenadora do Grupo de Pesquisa "Cuidar/ Cuidados de Enfermagem", Pesquisadora / CNPQ*

Resumo

O presente estudo constitui-se numa reflexão teórica pautada num referencial bibliográfico específico, sobre a importância e aplicabilidade da etnografia como uma ferramenta para a construção do saber sobre o cliente com fístula faringocutânea. Seu objetivo é demonstrar a possibilidade de se conhecer o processo de viver desta clientela, tendo como ferramenta de pesquisa a etnografia. Procura delinear as principais características da etnografia como método e a relação com o objeto de estudo. Descreve pontualmente o processo de viver deste tipo de cliente. Conclui destacando a viabilidade do emprego da etnografia para conhecer o seu processo de viver, descrevendo o contexto da sua situação, as suas necessidades de cuidados, e a possibilidade de grande melhoria na qualidade da assistência de enfermagem a ele ministrada.

Palavras-chave: enfermagem, etnografia, laringectomia, fístula.

Abstract

Ethnography and nursing care in the living process of the client with pharyngocutaneous fistula

The present study is a theoretical reflection, based on a specific literature reference, about the importance and applicability of the ethnography as a tool to the process of knowledge about the client with pharyngocutaneous fistula. Its objective is to point out the possibility of knowing the living process of this clientele using the ethnography as a tool of research. It aims at delineating the main characteristics of the ethnography as method and the relationship with the object of study. It describes punctually the living process of this client. It concludes emphasizing the viability of the ethnography use to know the living process of this client, describing the context of his/her situation, his/her needs of care, and the possibility of improvement in the quality of nursing care.

Key-words: nursing, ethnography, laryngectomy, fistula.

Artigo recebido em 31 de agosto de 2007; aceito em 16 de junho de 2008.
Endereço para correspondência: Elza Maria Santos Lima, Rua Jorge Rudge, 120/302, bloco I Vila Isabel 20550-904 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2587-9072, E-mail: emei@oi.com.br ou emei@osite.com.br.

Resumen

Etnografía y el cuidado de enfermería en el proceso de vivir del cliente con fístula faringocutánea

El presente estudio realiza una reflexión teórica pautada en un referencial bibliográfico específico, sobre la importancia y aplicación de la etnografía como una herramienta para la construcción del saber sobre el cliente con fístula faringocutánea. El objetivo es demostrar la posibilidad de conocer el proceso de vivir del cliente con fístula faringocutánea, utilizando como herramienta de investigación la etnografía. Procura delinear las principales características de la etnografía como método y la relación con el objeto de estudio. Describe puntualmente el proceso de vivir del cliente con fístula faringocutánea. Concluye destacando la viabilidad del empleo de la etnografía para conocer el proceso de vivir de este cliente, describiendo el contexto de su situación, sus necesidades de cuidados, y la posibilidad de mejorar la calidad de la asistencia de enfermería.

Palabras-clave: enfermería, etnografía, laringectomía, fístula.

Introdução

No processo de viver do cliente com fístula faringocutânea ocorre a constatação de suas múltiplas limitações para o atendimento de suas necessidades, seja durante a hospitalização ou em seu domicílio. Para o cuidar destes clientes é necessário que o enfermeiro conheça as suas reais necessidades, realize uma prática baseada em evidências, centrada no cliente, com vistas a um cuidado solidário e relacional.

Segundo Sawada e Guedes [1,2], a fístula faringocutânea é a comunicação existente entre as estruturas remanescentes da orofaringe e a pele do pescoço, devido à deiscência da sutura da faringe. Trata-se de uma das complicações da laringectomia total, que traz como conseqüência uma gama de situações opressoras descritas por Zago, Guedes e por Lima [3,2,4], devido às múltiplas limitações que acometem este cliente, cujos problemas emergentes do processo patológico precisam ser identificados e descritos para o atendimento de suas necessidades, na expectativa de tornar um pouco menos difícil a sua vida.

Diante disto, urge que seja construído o saber sobre este cliente, assegurando maior cientificidade no processo do cuidar-cuidados da Enfermagem, tanto na área da assistência, como no ensino, na pesquisa e na extensão, uma vez que ainda é incipiente o número de estudos sobre esta temática e conseqüentemente propiciar ao cliente melhor qualidade de vida.

A Enfermagem tem promovido a construção do conhecimento sobre o seu objeto de trabalho que é o cuidado, esquadrinhando as diversas facetas deste objeto, para melhor entender a profissão, afirma Caccavo [5] e, por serem escassos os estudos sobre a prática da enfermagem baseada em evidências, no contexto da vida do cliente com fístula faringocutânea, são necessários estudos que evidenciem as suas reais necessidades.

Nesta construção, a preocupação é desvelar os aspectos inerentes a este cuidado, formulando interpretações mais refinadas sobre os significados relativos aos mesmos em suas múltiplas dimensões e nos mais diversos setores do saber-cuidar.

Objetivo

Este artigo tem como objetivo demonstrar a possibilidade de se conhecer o processo de viver do cliente com fístula faringocutânea, tendo como ferramenta de pesquisa a etnografia.

Material e métodos

O presente artigo constitui-se numa reflexão teórica pautada em referencial bibliográfico específico, sobre a importância e aplicabilidade da etnografia como uma ferramenta para a construção do saber sobre o cliente com fístula faringocutânea, propiciando uma análise e interpretação. Nesta perspectiva, é possível esta construção, na medida em que sejam vivenciados e compreendidos os fenômenos que permeiam o processo de viver do cliente deste estudo.

Etnografia – ferramenta de pesquisa para o saber-cuidar

A Etnografia se constitui num método cujo desenvolvimento ocorreu no final do século XIX e início do século XX, como uma tentativa de observação mais holística dos modos de vida das pessoas, afirmativa esta sustentada no que escreveu Malino-

wski [6] de que, a mesma "possibilita a reconstrução da realidade tendo como ideal primeiro e básico de todo o trabalho de campo etnográfico fornecer um contorno firme e claro de constituição social e desembaraçar das irrelevâncias, as leis e regularidades de todos os fenômenos", ou seja, permite conhecer, estudar e descrever uma cultura e uma sociedade.

Segundo Guimarães [7], o antropólogo inglês Malinowski foi considerado por alguns como o pai da moderna antropologia inglesa, por ter sido o primeiro a elaborar a sua teoria da pesquisa de campo ou etnográfica. Para efeito de estudo, este antropólogo propõe a separação entre três tarefas de pesquisa, tendo em cada uma delas um tipo específico de dados, a maneira de coletá-los e a maneira de tratá-los. A realidade social (verbalizações, comportamentos, estruturas) é dividida em áreas de estudo, sendo interdependentes de um todo que vai retratar uma realidade social, conhecimento este que é o objetivo do presente artigo, procurando com isto obter a reconstrução teórica da totalidade funcional deste grupo, isto é, o cliente com fístula faringocutânea.

Ainda segundo este precursor da moderna antropologia inglesa, são tarefas a serem desvendadas do grupo analisado: os traços gerais de como é constituído; todas as questões ou circunstâncias que ocorrem no grupo e a mentalidade que é inerente ao participante do grupo. Também propõe um método para se apropriar do conhecimento de toda funcionalidade do mesmo, baseado nos seguintes requisitos: ter objetivos realmente científicos e conhecer os valores e critérios da etnografia moderna; colocar-se em boas condições de trabalho e dispor-se a viver no contexto, aberto à realidade do grupo pesquisado; aplicar um determinado número de métodos particulares para selecionar, coletar, manipular e estabelecer dados.

Acrescenta-se que, para este antropólogo, as ocorrências no grupo, embora cristalizadas e estabelecidas, não estão formuladas num código escrito ou manifesto, embora possam parecer evidentes aos nossos olhos. O mesmo não se pode dizer sobre os valores que as motivam, as regras que as organizam, porque estas não estão necessariamente expressas num código de leis. Para ele, toda a transmissão da realidade social está imbuída no mais sutil de todos os materiais que é o ser humano. Por isso, o pesquisador etnográfico precisa vivenciar esta realidade social, participando do cotidiano do grupo a ser pesquisado, sendo aceito pelo mesmo e com ele estabelecer uma relação de confiança, o que vai lhe permitir fazer emergir os fenômenos a serem por ele observados.

A coleta de dados deverá ser direta e o mais minuciosa possível sobre estes fenômenos observados, afirma Laplantine [8], sendo necessário uma impregnação duradoura e contínua, num processo que se realiza por aproximações sucessivas.

Com a pesquisa etnográfica, tem-se observado que a compreensão da realidade envolve sensações e sentimentos que propiciarão ao observador participante esmiuçar detalhes e aprimorar o seu olhar para captar o fenômeno a ser observado, afirma Melleiro [9]. Tais aspectos deste tipo de pesquisa caminham na mesma direção do cuidar em Enfermagem. Para tanto, pode valer-se do uso de métodos visuais que serão confrontados e somados para as descobertas etnográficas.

Para Guimarães [7], o fato social, por ser coisa e representação a um só tempo, exige que o pensamento dos membros da sociedade seja conhecido. O objetivo é buscar os princípios que regem os sistemas de classificação, princípios esses que nunca podem ser postulados a priori, por isso devem ser buscados na investigação etnográfica.

Com o emprego do método etnográfico, tornou-se possível pesquisar realidades relacionadas com a saúde, observando-se os fenômenos a serem estudados, com uma nova estratégia de ir ao cenário da prática e construir um novo saber [10].

Esta nova abordagem decorre das premissas de que: os padrões culturais refletem em parte, as representações humanas sobre o seu mundo; a cultura é fruto das relações comportamentais entre pessoas, trazendo à luz o seu modo de agir e como as mesmas dizem agir; traz a participação ativa dos informantes, desde a coleta de dados até a análise. Esta análise está centrada na formulação de categorias e na descoberta da correlação entre as mesmas [10].

Leininger [11] afirma, com sua formação em enfermagem e em antropologia, que a etnografia é "um processo sistemático de observar, detalhar, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para apreender o seu modo de viver no ambiente natural".

Assim, também as autoras deste artigo entendem que, para que se chegue ao conhecimento do processo de viver do cliente com fístula faringocutânea, deve-se buscar o olhar vivenciado no campo da antropologia e então aliá-lo à enfermagem, para o entendimento de todo o processo que vivencia

este cliente, no seu contexto sócio-familiar, no seu cotidiano, com seus comportamentos, suas reações e suas necessidades.

Para apreender o seu modo de viver, é necessário que o próprio cliente explique, de acordo com as suas possibilidades de comunicação, quais os seus significados acerca de seu processo de saúde-doença e suas expectativas diante da atual realidade em que se encontra.

Cliente com fístula faringocutânea

O cuidar de cliente com fístula faringocutânea se apresenta como uma situação pouco comum a ocorrer no cotidiano do enfermeiro e sua equipe, uma vez que esses clientes são tratados em instituições de oncologia com a especialidade em cirurgia de cabeça e pescoço e são poucos os que se habilitam a atuar no cuidado a estes clientes.

Esta resistência a se habilitar ao cuidado destes clientes, acreditam as autoras, deve-se pelo insuficiente domínio da situação que os mesmos irão vivenciar, já que esta é mutiladora, constrangedora e de grande complexidade, impostas por inúmeras limitações, decorrente da complicação da laringectomia total, que é a fístula faringocutânea [1].

Nesta situação, o cliente só pode respirar pela traqueostomia, além de apresentar: perda da voz, impossibilidade de realizar a ingesta oral – porque o material ingerido fará o trajeto da fístula, saindo pelos bordos da área da deiscência no pescoço, contaminando a lesão, dificultando o processo de cicatrização, podendo ainda penetrar no traqueostoma e ser broncoaspirado –, permanência de sonda nasogástrica ou sonda por gastrostomia, imagem corporal alterada, tosse freqüente, produção e eliminação de secreção, tanto pela traqueostomia, como na área da deiscência onde se encontra a fístula faringocutânea, que está vulnerável à infecções e à infestações [3].

Somente ao se estabelecer efetivos relacionamentos com o cliente com fístula faringocutânea, realizando uma observação participante, poderá o enfermeiro perceber as dificuldades por ele vivenciadas, inclusive com relação à necessidade de novas aprendizagens. Daí a importância de um cuidado solidário, relacional, numa unicidade com este cliente [12]. Este cuidado deve ter como premissa o resgate da esperança: "A esperança é o sentimento de exaltação que experimentamos ao vermos, com os olhos da mente, o caminho em direção a um futuro melhor [13]". Esta observação participante permeada de uma impregnação duradoura deve gerar inquietação, para que seja descrita a situação do cliente, identificadas as necessidades de cuidados pautados no referencial deste cliente, inclusive aquelas percebidas transpondo a barreira do silêncio [12].

Promover a transcendência desse momento de relação transpessoal é fazer abrir espaço para inúmeras novas possibilidades de cuidados, com emprego de tecnologia apropriada [2].

Ao serem usadas estratégias adequadas para a realidade do cliente, estas resultarão em promoção de conforto [14].

Conhecer o significado de ser um cliente com fístula faringocutânea, a maneira própria como este cliente vê a si mesmo e o mundo que o cerca, as suas experiências, seus sentimentos e comportamentos, através da pesquisa etnográfica, permitem identificar as suas necessidades de cuidados.

Também propicia a construção de um conhecimento acerca desta clientela, que constitui uma parcela significativa daqueles que freqüentam as clínicas de instituições de oncologia dentro da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço ou que estão em suas próprias casas, recebendo cuidados do seu familiar ou do seu cuidador.

Estes saberes são indispensáveis aos que ministram cuidados de enfermagem, para tais clientes que se encontram no período pós-operatório, ainda hospitalizados, ou em acompanhamento no ambulatório, possibilitando um tratamento mais humanístico, levando em consideração os saberes do cliente, suas crenças, suas tradições, seus temores e seus conflitos, que certamente influenciarão na sua reabilitação/recomposição [12].

Vale ressaltar que é indispensável que tais saberes sejam compartilhados com os familiares dos clientes ou de seus cuidadores, por serem estes que estarão com o cliente no domicílio a partir da alta hospitalar.

Hessen [15] escreve refletindo sobre a atitude teórica de Sócrates ao afirmar que "todos os seus pensamentos e energias estão voltados para a edificação da vida humana sobre a base da reflexão e do saber". Compactuando com este pensamento, as autoras deste artigo desejam enfatizar a necessidade da construção do saber e de um agir consciente com o cliente com fístula faringocutânea; um saber empenhado em edificar a vida, elevando a auto-estima, proporcionando-lhe dignidade de vida como um ser humano e como um cidadão.

Conclusão

As contribuições que esta reflexão pretendeu oferecer à comunidade científica da enfermagem foram a de enfatizar a aplicabilidade da Etnografia como um método atual que se ajusta à exploração do cotidiano do cliente com fístula faringocutânea, ao se aproximar da realidade do mesmo, obtendo uma visão "emic", ou seja, uma visão de dentro do contexto onde a vida deste cliente acontece e também destacar as características da Etnografia como uma abordagem holística, contextual e reflexiva.

Diante da necessidade de se explicitar a realidade do processo de viver do cliente com fístula faringocutânea, para construir o saber e o saber fazer para atender as suas reais necessidades, as autoras deste artigo percebem como favorável o emprego do método etnográfico que propicia uma parceria - Etnografia/Cuidar de Enfermagem.

Esta parceria favorecerá ao cliente, porque numa visão holística, será possível entender o significado dos seus comportamentos e reações, que podem ser a forma dele manifestar suas necessidades e carências de cuidados, levando-o à depressão, ao constrangimento, ao isolamento, ao medo, ao desânimo, à imobilização, dentre outros.

O cuidado de enfermagem como intervenção resolutiva diante destes comportamentos manifestados por estes clientes, com consciência e intencionalidade, será capaz de resgatar a esperança, porque sabemos que a esperança isoladamente não alcança a vitória, porém sem ela a luta fraqueja. Portanto, ele precisa dos cuidados de enfermagem e ter esperança, para viver este processo difícil que é o tratamento da fistula faringocutânea.

Para que este cuidado de enfermagem ocorra com o propósito de reconstituição interior/recomposição, será necessária a unicidade entre mente, corpo e espírito, mas isto só será possível, se nele for cultivada a esperança.

O cuidado de enfermagem no processo de viver deste cliente deve ter como propósito, projetar a esperança, não com falsas ilusões, mas como um sentimento confortador, permitindo ao mesmo sonhar, idealizar, gerar expectativa efervescente, vivendo a plenitude do presente, como um momento vivo, com um sentido repleto de possibilidades.

Referências

1. Sawada NO, Zago MMF, Galvão CM, Ferreira E, Barichello E. Complicações pós-operatórias nas laringectomias totais: um estudo retrospectivo. Rev Bras Cancerol 1998;44(1):35-41.
2. Guedes MTS, Figueiredo NMA, Nascimento MAL, Ghidini Junior R. Transpondo a barreira do silêncio do cliente laringectomizado através das ações de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004;8(3):464-9.
3. Zago MMF, Casagrande LDR. As necessidades de aprendizagem dos pacientes laringectomizados. Rev Gaúch Enferm 1992;13(2):17-21.
4. Lima EMS, Coelho MJ. O cuidado de higiene da cabeça e pescoço no cotidiano do cliente com fístula faringocutânea. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005;9(2): 287-91.
5. Caccavo PV. Refletindo sobre a profissão e a produção do conhecimento. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005;9(3):323-5.
6. Malinowski B. Argonauts of the western pacific. Londres: Routledge and Kegan Paul; 1953.
7. Guimarães AZ. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990. p. 39-63
8. Laplatine F. Aprender antropologia.13a ed. São Paulo: Brasiliense; 2001.
9. Melleiro MM, Gualda DMR. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 2006;15 (1):82-8.
10. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFC/Graduação em Enfermagem; 2002.
11. Leininger M. Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory. 2nd ed. United States of America: Jones and Bartlett; 2006.
12. Watson J. Teoria do cuidado humano. Resumo elaborado pela Prof. Dra. Eloíta Neves em 20 de junho de 2003. [citado 2006 Mar 20]. Disponível em URL: http://www2.uchsc.cdu/son/caring/content/wct.asp
13. Groopman J. A anatomia da esperança: A descoberta pela medicina moderna do poder da emoção no combate às doenças. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.
14. Morse JM. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. Texto & Contexto Enfermagem 1998;7(2):70-92.
15. Hessen J. Teoria do conhecimento. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Revisão

Reflexão sobre a assistência de enfermagem diante dos sentimentos dos pais acerca da morte súbita na infância

Aldaiza Ferreira Antunes Fortes, M.Sc.*, Ana Maria Nassar Cintra Soane, M.Sc.**, Eliza de Souza***, Érica Roberta Rangeu ***, Marcelo Bailon Vieira ***, Vanessa Fonseca Renó***

**Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), **Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da EEWB e da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), ***Curso de Graduação em Enfermagem da EEWB*

Resumo

O presente artigo trata de um estudo reflexivo sobre a prática de enfermagem circunjacente a situações de morte súbita na infância. Objetiva enfocar aspectos de assistência humanizada, sobretudo, aos pais da criança morta subitamente. Mediante o levantamento bibliográfico, identificamos a necessidade de tal suporte, já que eles vivenciam os sentimentos de perda, culpa, fracasso, depressão, dentre tantos outros.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, morte, pais, sentimentos.

Abstract

Reflection about nursing care facing the parent's feelings concerning the sudden death in childhood

This paper is a reflexive study about nursing practice related to sudden death in childhood. It aims at focusing humanized care aspects, especially to the parents of the child that suddenly died. Through bibliography research, it was identified the need of this kind of assistance, since they are experiencing the feeling of lost, guilty, failure, depression, and other feelings.

Key-words: nursing care, death, parents, feelings.

Artigo recebido em 8 de setembro de 2005; aceito em 03 de maio de 2006.
Endereço para correspondência: Ana Maria Nassar Cintra Soane, Rua Antônio Magalhães Lisboa 40, Bairro Medicina, 37500–000 Itajubá MG, Tel: (35) 36223267, E-mail: anamariasoane@bol.com.br

Resumen

Reflexión sobre la atención de enfermería ante los sentimientos de los padres acerca de la muerte súbita en la infancia

Se trata de un estudio reflexivo sobre la práctica de enfermería en relación a la muerte súbita en la infancia. El objetivo es el de enfocar los aspectos de atención humanizada, sobre todo a los padres del niño que tuvo muerte súbita. Mediante el estudio bibliográfico, identificamos la necesidad de tal apoyo, ya que ellos vivencian los sentimientos de pérdida, culpa, fracaso, depresión, entre otros.

Palabras-clave: cuidados de enfermería, muerte, padres, sentimientos.

Introdução

Morte súbita na infância: aspectos gerais

Entende-se por morte súbita na infância, a morte de crianças, sobretudo, lactentes, durante o sono e sem causa aparente ou patologia específica associada. Certamente, este fato repercute de forma direta ou indiretamente na vida dos pais e demais membros da família, que poderão reagir de diversas maneiras.

Diante desta situação, cabe à Enfermagem prestar uma assistência profissional, continuada e humanitária à família, baseada na confiança, na empatia e nas técnicas de relacionamento.

Este artigo de reflexão evidencia uma análise interpretativa acerca da conduta da Enfermagem em relação aos sentimentos dos pais que vivenciam tal situação, e tem, também, como finalidade fundamentar, através de estudos científicos, a assistência de enfermagem nesta questão.

A sensibilização é extremamente importante por parte de todos os envolvidos no cuidado prestado, no intuito de confortar os pais e familiares sem emitir julgamento ou agir com frieza.

Assistência de enfermagem humanizada aos pais diante da morte súbita na infância

Durante a gestação cria-se toda uma expectativa ao redor de um novo ser que significará a continuidade da linhagem do casal. Há uma preparação muito grande para recebê-lo dentro da família. O parto, a fisionomia, o primeiro sorriso, o primeiro dentinho, o primeiro passo... são momentos de infinita felicidade para os pais que fazem planos de vida para seus filhos. Subitamente estes planos podem ser interrompidos pela morte da criança. Esta situação drástica é conhecida como *morte súbita na infância.*

Historicamente, há quase três mil anos, já existem relatos de casos de morte súbita na infância, quando crianças aparentemente sadias morrem subitamente durante o sono. Apesar dos esforços, desde o começo da década de 70, para desvendar este mistério, ainda persistem dúvidas sobre suas causas e sobre as medidas para tentar diminuir a sua ocorrência [1].

A morte de uma pessoa gera na família, muitas vezes, transtornos irreparáveis, os quais podem ser muito maiores quando esta não é esperada. Pior ainda se vem de forma súbita, e atinge uma criança.

Para Luz, Santos, Mendes, Agostini [2] a morte da criança não é uma morte em si. É mais do que isso: trata-se de uma frustração de toda uma expectativa vital que o casal traz consigo ao longo da gestação.

Lunardi Filho, Sulzbach, Nunes, Lunardi [3] descrevem que, desde o momento da concepção, a morte é uma certeza para cada criatura viva, embora a maior parte dos seres humanos não esteja acostumada à idéia de sua ocorrência. É comum a qualquer pessoa, seja pai, ou seja, mãe, não acreditar na morte de um filho antes de sua própria morte. Pensando nela, não podem jamais imaginar e acreditar que um dia possa acontecer com este ente tão querido.

Azevedo [4] afirma que a dor da perda de um filho é a maior das dores. E explica: "quando perdemos os pais ficamos órfãos, quando perdemos o esposo ou a esposa ficamos viúvos. Mas quando perdemos um filho ou filha, não existe nome para essa nova situação". Ainda não foi encontrada uma denominação para essa situação, dada a imensa dor que ela significa. Para ela é "a dor que não tem nome".

A morte súbita de um filho provoca um choque nos pais, sendo que a primeira reação, neste tipo de morte ou em qualquer outro, é a negação. O casal enxerga o fato como sendo uma brincadeira de mau gosto ou como um pesadelo. Após este sentimento

vem a aceitação, acompanhada de uma profunda tristeza; nesse momento não existem regras de tempo e espaço para superá-la.

> "O fim da vida é comparado ao fracasso, e a sua negação é uma forma que o homem encontrou para se proteger do sofrimento" [5].

A perda de um filho é uma dor insuperável, pois, pela lei natural da vida, como já foi dito anteriormente, uma mãe ou um pai jamais deverá enterrar um filho. Quando isso ocorre, eles deverão passar, naturalmente, por um processo de luto, podendo este se prolongar por um período de tempo anormal, em que a negação da perda é constante. Mesmo que os pais consigam retornar à sua vida cotidiana, sempre virão à memória lembranças de momentos passados com o filho morto.

Na ótica de Fidalgo [5] "recordar é aproximar o coração. É para quem sabe sentir".

Alguns pais procuram sempre se recordar de seus filhos, para que possam mantê-los vivos em seus corações, porém outros evitam, até mesmo, situações que tragam à memória lembranças de seu ente querido. Esta é uma forma de se protegerem.

Diversos sentimentos surgem com a perda de um filho, principalmente quando isto se faz de modo súbito. A literatura mostra que os mais freqüentes sentimentos por parte dos pais são: de culpa, de vergonha, de raiva, de fracasso e de depressão. Todos os possíveis sentimentos negativos emergem nesta situação tão aterrorizadora para eles.

Com o surgimento desses sentimentos, a mãe, que, geralmente, é a parte mais frágil na situação, poderá descuidar-se dos outros filhos ou até mesmo não compreender a reação do marido, que muitas vezes se mostra mais "forte" para poder ajudar a esposa e cuidar dos demais filhos.

Em muitos relatos nos trabalhos pesquisados, mães afirmam que, quando uma criança está muito doente e falece, a morte já é esperada, não querendo dizer que a dor da perda será menor, mas que já existe um preparo psicológico sendo amadurecido e se preparando para a perda. Quando uma criança morre subitamente, esse preparo, essa conscientização da perda não existe. O choque pela morte do filho é maior, podendo gerar danos irreversíveis à família.

Como esta é uma situação muito complexa, perguntamo-nos: como nós enfermeiros ou futuros enfermeiros podemos ajudar os pais a lidarem com seus sentimentos diante da perda súbita de um filho, sem sermos frios ou distantes?

O objetivo da atuação da enfermagem com os pais, diante da morte súbita de um filho, é ajudá-los a expressar seus sentimentos e a lidar com eles. Para que isso seja concretizado, jamais devemos julgá-los pelo que sentem ou deixam de sentir, pelo que pensam ou deixam de pensar, pelo que falam ou deixam de falar e pelo que fazem ou deixam de fazer; pois existe uma individualidade entre as pessoas. Elas são únicas e muito diferentes entre si; desta forma cada uma tem seu próprio sistema de valores para guiá-la.

Para iniciar essa assistência, devemos, primeiramente, estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de enfermagem e esses pais, uma vez que esta é a base para qualquer tipo de relacionamento. A empatia, também, é algo muito importante, porque é colocando-nos no lugar do próximo que poderemos refletir sobre as suas reais necessidades. Tanto a confiança como a empatia são essenciais, pois estamos diante de uma situação nova, tanto para os pais quanto para os profissionais de saúde. Devemos salientar que a atuação da enfermagem deverá ser centrada na família.

Bousso [6] afirma que para a existência da confiança, a enfermeira deve ser honesta e real diante da situação, deve estar consciente do sentimento e /ou da atitude que está vivenciando.

Corroborando, Luz, Santos, Mendes, Agostini [2] dizem que "o medo do desconhecido é pior do que a realidade".

Comunicar a morte de um filho para seus pais não é uma atitude fácil de se tomar, porém esta deve ser clara, informando tudo o que aconteceu e o que foi feito. Mas a enfermeira deve reconhecer as ansiedades, os temores e o medo do desconhecido vivenciados pelos pais. Desta forma, devemos ser o mais verdadeiro possível diante dessa situação.

> "Desenvolver a empatia, isto é, ser capaz de sentir o que o outro está sentindo, ver o mundo de maneira como a outra pessoa vê, colocar-se no lugar do outro de modo a sentir o que sentiria, caso estivesse em seu lugar" [6].

É com a empatia que podemos ser um pouco mais humanos na prestação dos cuidados de enfermagem. Assim, o enfermeiro deve compreender

suas experiências e, conseqüentemente, a si próprio, reconhecendo seus sentimentos e com isso ajudando o próximo.

Bousso [6] apresenta diversos argumentos de como deve ser a relação enfermeiro-paciente diante de uma situação traumática de morte. Diante da relação com a família, a enfermeira deve envolver-se com esta, ser ela mesma, e não, simplesmente, ser profissional. Deve assumir um compromisso com a prática de enfermagem, entregar-se na relação com a família, compartilhando de suas experiências, e compreendê-la para que juntos possam buscar soluções para as situações problemáticas vividas. É essencial que o enfermeiro tenha sensibilidade para captar as mensagens não verbais expressas pelos pais, além de escutar com interesse e atenção o que eles têm a dizer. O silêncio é muito importante durante a comunicação. Quando a família assim permanece, facilita a organização e ordenação de suas idéias ou ainda que expresse idéias ou sentimentos novos. O enfermeiro, também, deve agir desta forma. Quando associamos as mensagens verbais às não verbais, aumentamos a chance de compreender realmente quais são os sentimentos dos pais diante da situação.

Com uma relação de confiança estabelecida, cabe aos enfermeiros serem ouvintes, além de bons comunicadores, pois nem sempre a melhor ajuda vem do diálogo e sim de um "ombro amigo", que apenas escuta o que o outro tem a dizer, que permanece apenas ao lado quando o outro pensa estar sozinho no mundo.

Nesse momento, a importância de ajudar os pais a enfrentar a crise é oferecer-lhes oportunidade para falar sobre suas dores e aflições, como menciona Cadden [7].

Para Halstead [8], a atuação do profissional, que assiste a família que acaba de perder um ente querido, deve pautar-se pela compreensão da expressão dos seus sentimentos e tratar de discernir alguns dos temores ambivalentes que obscureçam a questão.

Muitos profissionais que atuam junto com famílias que acabaram de perder seus filhos evitam falar da morte com o intuito de poupá-los da dor, porém, esta não deve ser a atuação da enfermagem, e sim a de incentivá-los a expressar seus sentimentos e a lidar com eles.

A aproximação imediata com os pais é facilitada quando se estimulam os mesmos a expressar seus sentimentos, perguntando diretamente sobre o fato vivenciado. Isso é o ponto de partida para que a assistência de enfermagem alcance seu objetivo, tendo em vista uma comunicação e um relacionamento eficaz [2].

Os autores acima dizem que, preparados para o evento da vida e para a sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da área da saúde, quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados, constrangidos e constritados.

Esses profissionais, principalmente os de enfermagem, que permanecem a maior parte do tempo em contato com os familiares de um paciente falecido, não são preparados psicologicamente para atuar diante de uma situação tão dolorosa como esta; sentem-se muitas vezes inseguros no que diz respeito ao assistir à família que acabou de perder uma criança, ainda mais aquela que a perdeu de modo súbito; não sabem como deve ser sua atuação para poder ajudar essas pessoas.

Como esse é um momento que traz à tona diversos sentimentos, será necessário um preparo da equipe de enfermagem para oferecer um cuidado adequado a esta família. Os enfermeiros devem ter um ensinamento sobre a morte, mostrando aos familiares a limitação temporal da vida, como relata Pierre [9].

> "A partir do momento em que nos descobrimos finitos, passamos a compreender melhor a finitude do outro e não simplesmente a encaramos como um fracasso de nossa profissão [10]".

É esse preparo que deveria ser essencial durante e após a graduação em enfermagem. Nem sempre aceitamos a morte como algo comum e óbvio de acontecer. Falar dela pode ser considerado um tabu ou fará que haja uma proximidade maior com ela. Uma forma de se aceitar melhor a morte é se apegando à religião para que esta possa oferecer explicações nem sempre convincentes pela lógica.

Em um ambiente hospitalar, encontramos diversas culturas e religiões distintas. Para que a assistência de enfermagem seja igualitária, independente das particularidades existentes, o enfermeiro deve ter um conhecimento básico sobre estas e como elas vêem a morte, respeitando a individualidade da família e os rituais.

Para Eyres [11], o enfermeiro deve antes de qualquer coisa ser comprometido para que se forme

um relacionamento de ajuda. O enfermeiro comprometido vive suas experiências e aprende sobre si mesmo, conhece seus sentimentos e necessidades, trabalha com eles, se aceita como pessoa, podendo assim ajudar seus pacientes. Este profissional jamais deve separar-se dos seus sentimentos enquanto trabalha com a família.

Um enfermeiro preparado para atuar juntamente com a família no momento da morte, principalmente de uma criança, deve ser ele próprio, construir um relacionamento junto com a família. Este é único, pois cada pessoa é diferente das demais. Assim, ele deve interligar as mensagens verbais com as não verbais oferecidas, para que possa promover um cuidado adequado às reais necessidades de toda a família: mãe, pai e filhos, pois a dor da perda não é sentida por um único membro e sim por todos; o que difere são as maneiras como essa dor é expressa pelas pessoas.

A notícia da morte de um filho, geralmente, é dada em um ambiente hospitalar, onde muitas vezes os profissionais não se preocupam com a privacidade da família. Esta é importante para que os familiares não se sintam constrangidos em expressar seus sentimentos, sendo que a assistência nesse momento é baseada na expressão dos sentimentos da família da criança falecida.

Dessa forma, como deverá ser o ambiente para que o cuidado seja eficaz?

Bousso [6] refere-se, ao preparar o ambiente, não somente às condições imediatas, tais como estados físicos emocionais do enfermeiro ou familiares, mas, também, aos fatores ambientais. Isto consiste em transmitir receptividade e interesse de forma não verbal e comunicar verbalmente sua disponibilidade. Desta forma, a família se sentirá valorizada e poderá envolver-se no processo de ajuda.

Assim, o ambiente não envolve apenas a estrutura física, que deve ser um local calmo, sem intercorrências ou interrupções, mas, também, o preparo emocional que o enfermeiro deve ter para lidar com sentimentos tão profundos e assustadores.

O'Donohue [12] diz que: "os sentimentos de culpa são universais após a morte. É inevitável que os pais venham a encontrar alguma forma de se culparem mutuamente".

Na morte súbita, não existem explicações pelo ocorrido, portanto, as acusações do casal podem ser mais intensas, gerando uma desarmonia na sua convivência.

Harrington [13] diz que o pai, geralmente, evita discutir o assunto da morte de um filho com a esposa, por temer não se controlar. Com isso a esposa pensa que seu marido não está dando importância ao ocorrido e começa a se ressentir com ele; o relacionamento pode tornar-se tenso, gerando sofrimento para ambos.

É necessária uma atuação da enfermagem voltada, também, para o relacionamento do casal diante desta situação. Mas como deve ser essa atuação?

É nesse momento de perda que marido e mulher devem estar o mais próximo possível, para que um possa confortar o outro. Isolarem-se não irá trazer qualquer benefício.

Todas as notícias e orientações devem ser dadas quando o casal estiver junto, oferecendo uma atenção igualitária para ambos. Assim permaneceremos em nosso foco principal, que é a família, e não apenas um membro desta.

Os filhos, membros dessa família, também, requerem uma atenção especial, pois a reação do casal em relação a eles pode ser de duas formas distintas: ou eles podem apegar-se aos demais filhos para tentar superar essa dor, ou podem entrar em uma depressão, esquecendo-se dos seus filhos.

Com tudo o que foi exposto acima, lidar com a morte súbita e com os familiares da criança morta não é tão fácil como se pensa, requer muito mais que compaixão. O profissional de enfermagem pode sentir-se fracassado se não tiver sido preparado para dar assistência nesse momento, e isso, em longo prazo, trará danos gravíssimos para ele.

Conclusão

Diante dessa reflexão percebemos que não existe uma fórmula que indique o modo correto de agir diante da morte súbita na infância. Como profissionais da saúde, nós enfermeiros, devemos criar um vínculo de confiança com os pais, para que os mesmos possam relatar seus medos, suas angústias e suas necessidades.

Acredita-se, ainda, que é relevante que as instituições de ensino de enfermagem ampliem as discussões sobre o assunto, a fim de que os profissionais e os futuros profissionais possam melhor entender este processo da morte e do luto, qualificando-se, assim, para assistir adequadamente os familiares envolvidos nesta situação.

Referências

1. Pascolat G. Síndrome da morte súbita do lactente. Curitiba: Hospital Universitário Evangélico de Curitiba; 2005.
2. Luz AMH, Santos ES, Mendes SMA, Agostini SMN. Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. Rev Bras Enfermagem 1989;42:93–100.
3. Lunardi Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. Texto & Contexto-Enfermagem 2001;10:60-81.
4. Azevedo ME. A dor que não tem nome. Campinas: Komedi; 1999.
5. Fidalgo J. A morte é mais uma das mudanças da vida. Folha de São Paulo 2001;8.
6. Bousso RS. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. Rev Esc Enf USP 1987;21:249-53.
7. Cadden V. Crise na família. In: Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. p.305-15.
8. Halstead L. El empleo de la intervención de crisis en la enfermeira obstétrica. Clínica de Enfermería Norteamérica 1974;69-76.
9. Pierre C. A arte de viver e morrer. São Paulo: Ateliê; 1998.
10. Braz E, Fernandes LM. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem 2001;10:138-151.
11. Eyres P. The role of the nurse in family: centered nursing care. Nurs Clin North Am 1972;7(1):27-39.
12. O' Donohue N. Facilitating the grief process. J Nurse Midwifery 1979; 24(5):16-21.
13. Harrington V. Look, listen and support. Nurs Mirror 1982;154(2):21-8.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Agosto

25 a 29 de agosto
IIIº Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho
Informações: (11) 3825-8371
www.anent.org.br / anent@anent.org.b

28 a 29 de agosto
I Jornada de Estomaterapia do Centro-Oeste
Campo Grande, MS
Informações: (11) 3081 0659
sobest@sobest.org.br

27 a 29 de agosto
IX SIBRAD - Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar do Hospital Israelita Albert Einstein
Renaissance São Paulo Hotel
São Paulo, SP
Informações: iep@einstein.br

31 de agosto a 3 de setembro
11º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
Belém, PA
Informações: www.cbcenf.com.br

Setembro

13 a 17 de setembro
24º Congresso Brasileiro de Nefrologia
14º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia
Curitiba, PR
Informações: www.nefro2008.com.br

20 a 24 de setembro
VIIº Congresso Brasileiro de Epidemiologia
XVIIIº Congresso Mundial de Epidemiologia
Porto Alegre, RS
Informações: www.epi2008.com

Outubro

14 e 15 de outubro
IIIo Congresso Reabilitação Profissional Acidentados do Trabalho
Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, SP
Informações: www.cbssi.com.br

19 a 22 de outubro
25º International Conference on Quality in Health Care
Copenhagen, Dinamarca
Informações: 61 3 9417-6971
isqua@isqua.org / www.isqua.org

Novembro

3 a 7 de novembro
60ª CBEN – Congresso Brasileiro de Enfermagem
Belo Horizonte, MG
Informações: www.abenmg.com.br

13 a 17 de novembro
XXIV Congresso Brasileiro de Nefrologia
CBN 2008 e 14º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia
Curitiba, PR
Informações: www.nefro2008.com.br

18 a 21 de novembro
II Simpósio Brasileiro de Estomaterapia
I Simpósio Internacional de Estomaterapia Neonatal e Pediátrica
Campos do Jordão, SP
Informações: (11) 5081-7718
expansao.eventos@uol.com.br

20 a 23 de novembro
XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar
Rio de Janeiro, RJ
Informações: (21) 2266-9150

23 e 24 de novembro
I Seminário Temático em Enfermagem
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

30 de novembro
III Jornada de Enfermagem em Oncologia Pediátrica
Instituto Nacional do Câncer (Inca)
Praça da Cruz Vermelha, Rio de Janeiro.
Informações: www.inca.gov.br

Curso Enfermagem
Saúde Pública

Enfermagem Brasil – Volume 7 Número 3 – Maio/Junho de 2008

Sônia Beatriz Cimirro Guterres
soniabcg@terra.com.br

1 A evolução da Saúde Coletiva no Brasil

2 Sistemas de informação em Saúde [SIS] - o que são e sua aplicação

3 O pacto pela saúde no cenário da Saúde Coletiva

4 Consulta de enfermagem e o uso de protocolos clínicos

5 Humanização na Saúde

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

Sistemas de informação em Saúde (SIS) - o que são e sua aplicação

Introdução

Nos dias de hoje abordar o assunto informação é muito vasto. Pois somos bombardeados por novos conhecimentos seja por meios eletrônico ou impresso. A evolução da tecnologia de disseminação de informações contribui largamente para que a cada dia tenhamos acesso mais rápido, quase que em tempo real da produção do conhecimento ou da informação.

No que se refere aos Sistemas de Informações em Saúde - SIS, a Organização Mundial de Saúde – OMS [1] o define como um instrumento de coleta de dados, processamento de dados, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

Tendo em vista os SIS estarem disponíveis em múltiplos locais na rede mundial de computadores, dependendo do que se quer buscar, a autora optou nesta aula em colocar os endereços eletrônicos no próprio texto, de acordo com cada tema a ser trabalhado, visando facilitar aos leitores a busca dos mesmos de acordo com seus interesses.

Os SIS são muitos, cada estado e/ou município tem seus SIS que podem ou não estar disponíveis para acesso pela internet. Em função disso, esta aula vai abordar os SIS que estão disponíveis na internet, de base nacional, e que podem ser buscados de acordo com os interesses dos gestores ou outros profissionais.

A 1ª parte aborda as bibliotecas virtuais e bases de dados, como a Biblioteca Virtual de Saúde e outros endereços de bibliotecas.

A 2ª parte aborda os Sub-Sistemas de Saúde, disponíveis em nível nacional.

As informações em saúde são vitais para o planejamento das ações de saúde. Temos que ter claro o que procurar, onde procurar, para quê procurar e para quem procurar.

Quando falamos em Sistemas de Informações em Saúde – SIS, um grande leque se abre; são Sistemas de Informações relacionados à Saúde, que vão desde bibliotecas virtuais até os Sub-Sistemas de Informações em Saúde; todos, ferramentas importantes para os gestores, profissionais, pesquisadores e demais interessados.

O ciclo documental é o que forma os sistemas de informação em saúde, e compreende desde a coleta de dados, que após inseridos num banco de dados ou disponibilizados de outra forma organizada, vão ser analisados no sentido de gerar informações sobre o assunto coletado. Essas, após tratadas e contextualizadas tornam-se conhecimento indispensável à gestão dos serviços de saúde e muitas vezes são o marco para a formação de novos sistemas mais pontuais e específicos.

As etapas de um Sistema de Informações são: coleta de dados, processamento e análise, decisão e controle. Onde cada um delas, envolve uma série de etapas para sua execução.

Conceito de sistemas de informações em saúde

De acordo com Barsottini [2], os níveis de utilização da informação, de acordo com a complexidade, são três: operacional, gerencial (ou tática) e estratégico.

Sendo os de ordem operacional os de menor exigência, voltados mais para atividades de rotina, nas quais se exige pouca capacidade de decisões e de fácil automatização. Já a informação em nível gerencial (ou tática) requer um pouco mais de decisão local, envolve atividades de supervisão e informação gerencial. E, a de maior complexidade, para uso estratégico, necessita como o próprio nome diz: informações estratégicas, tomada de grandes decisões e capacidade de nível global.

Mais informações sobre SIS da Profª Claudia Novoa Barsottini estão contidas na aula disponível em Power Point, no endereço eletrônico http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/med3/2002/aulas/sihmed_3.ppt#789,1,Sistemas%20de%20Informação%20em%20Saúde

Para os gestores municipais de saúde e demais interessados em conhecer mais sobre Sistemas de Informação em Saúde, encontra-se na internet, no endereço: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ cidadania_volume06.pdf um livro disponível para download da Coleção Saúde & Cidadania, com o título: Sistemas de Informações para municípios. Vale a pena conferir, o mesmo aborda valiosas informações sobre os SIS.

Acesso às bibliotecas virtuais de saúde e bases de dados

Biblioteca Virtual em saúde – BVS

Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>

Atualmente é inconcebível a realização de qualquer tipo de pesquisa bibliográfica científica sem consultar o material existente no portal de dados da BVS.

O pesquisador pode fazer uma consulta geral ou escolher a base de dados que deseja pesquisar conforme os assuntos que motivaram seu interesse na pesquisa. Algumas bases de dados são: Medline, Lilacs, Wholis, BBO, AdoLec.

Através da BVS, podemos acessar diversas bases de dados, na página principal, onde temos "Fontes de Informações" clique em "Pesquisa bibliográfica" ou vá diretamente à página http://bases.bvsalud.org/public/scripts/php/page_show_main.php?home=true&lang=pt&form=simple e se abrirá uma lista também chamada de "menu" com acesso a três grandes áreas: Ciências da Saúde em Geral; Áreas Especializadas e OPAS/OMS. Cada uma dando acesso a diversos endereços para consultas. No exemplo de Ciências da Saúde em Geral, vamos encontrar três endereços eletrônicos os chamados "links": Lilacs; Medline 1997 a 2008 e Medline 1966 a 1996.

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde

Neste sistema, está disponível sob forma referencial a maioria dos artigos, livros e monografias produzidas em âmbito da América latina e do Caribe na área da saúde.

Essa base de dados pode ser acessada através da BVS, ou também do seguinte endereço: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p.

Cochrane

Neste sistema, a maioria dos trabalhos em saúde baseados em evidências clínicas está disponível. Pode ser acessado através da BVS ou também do endereço:
http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php

Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde

Disponível em: <http://bvsms2.saude.gov.br/php/>

Entre outros, pode-se encontrar informações e publicações disponíveis para download em pdf sobre as seguintes áreas temáticas: ciência e tecnologia ; controle de câncer; DST e Aids; humanização; participação e controle social; população negra; saúde do trabalhor; saúde mental; saúde suplementar e vigilância em saúde.

Ainda na página principal do site http://bvsms2.saude.gov.br/php/ encontramos também acesso para fontes de informação referencial de qualidade e confiabilidade irrefutáveis, onde são dispostos links para todos os temas da área da saúde, conforme apresentado na página do Ministério da

Saúde. Salientam-se os seguintes tópicos: Literatura Técnico-científica em Saúde, Portal de Evidências, Bibliotecas Virtuais, Legislação Federal da Saúde, Periódicos Institucionais, Políticas Públicas e Diretrizes do SUS, Saúde em Números, Sistemas de Informação, Terminologia da Saúde.

Acessando o link "Bibliotecas Virtuais" somos encaminhados para o endereço eletrônico a seguir (http://bvsms2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&componen t=44&item=20) onde aparece um menu de BVS's com 18 opções de assuntos: adolescência; aleitamento materno; bioética; ciência e saúde; doenças infecciosas e parasitárias; doenças não transmissíveis; educação em ciências da saúde; educação profissional em saúde; enfermagem; gestão de ambientes aprendizes; história da saúde e da medicina; homeopatia; Instituto Evandro Chagas; odontologia; psicologia; saúde pública; toxicologia e vigilância sanitária.

Está disponibilizado também o acesso para a BVS Países e Temas, onde se pode encontrar informações sobre iniciativas nacionais e de outros países. E mais entradas para as bibliotecas virtuais: Biblioteca Cochrane; Biblioteca Virtual Carlos Chagas; Biblioteca Virtual de Enfermagem; Biblioteca Virtual de Engenharia Biomédica; Biblioteca Virtual de Tropicologia; Biblioteca Virtual em Saúde Reprodutiva; Biblioteca Virtual em Saúde Mental; Biblioteca Virtual Mulher; Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz; Biblioteca Virtual Saúde e Ambiente; Biblioteca Virtual Vital Brasil; Comitê Brasileiro do Escudo Azul; Museu da Vida; Museu do Índio; Hospital Virtual Brasileiro; e Rede de Informação e Conhecimento (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo).

No endereço a seguir http://bvsms.saude.gov.br/bvs/bibliosus /bib_virt.html por meio dos links podemos acessar as diversas bibliotecas virtuais em saúde: BVS Adolec - Brasil; BVS Adolfo Lutz; Aleitamento Materno; BVS; BVS História da Saúde; BVS Ministério da Saúde; BVS Saúde Pública - Brasil; BVS Toxicologia e BVS Vigilância Sanitária.

No link Publicações – http://bvsms2.saude.gov.br/php/level.php?lang =pt&component=51&item=38 – várias pesquisas realizadas e artigos atuais na íntegra estão disponibilizados, e, além disso, centenas de publicações do Ministério da Saúde podem ser encontradas, disponíveis para download em pdf, organizadas por assuntos, por exmplo, Atenção à saúde; Saúde da Criança e mais de 30 outros. Vale a pena conferir.

Bibliotecas de universidades

Para acessar as bibliotecas das Universidades ou Faculdades de seu interesse, geralmente o endereço usado é: <http://www.nome da Universidade ou faculdade.br>.

Observar a terminação somente ".br". Caso não encontre, procure num site de busca, http://www.google.com.br/ ou outro de sua escolha.

Endereços eletrônicos de outras bibliotecas

O mais completo é o Portal de Domínio Público da Biblioteca Digital desenvolvida em Software Livre disponível em http:// www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp;jsessionid=C9F1C626CBE49857A181F451837887B1.

A seguir estão disponibilizados sites institucionais e seus links para consulta:

- Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública
  http://www.saudepublica.cict.fiocruz.br/html/pt/home.html
- Escola de Saúde Pública- RS
  Boletins de Saúde disponíveis em pdf
  http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=9
- Fundação Biblioteca Nacional
  http://www.bn.br/bndigital/
- Acesso para História da Saúde e da Medicina
  http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/php/index.php
- Biblioteca Virtual Sérgio Arouca
  http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/
- Biblioteca Virtual Carlos Chagas
  http://www4.prossiga.br/chagas/index.html

Sub-sistemas de Saúde

Sob conceito do termo sub-sistemas de saúde devemos entender como todo sistema de informações que coletem e estruturem dados de forma lógica com vista a análise no sentido de integrar os Sistemas de Informações em Saúde - SIS do Sistema Único de Saúde - SUS. Por exemplo: SIM, SINASC são alguns dos subsistemas que integram um todo: os Sistemas de Informações em Saúde- SIS.

Os Sub-Sistemas de Saúde estão disponíveis no Quadro 1 de maneira resumida, onde constam os endereços para acesso.

Abaixo, alguns sub-sistemas descritos e os endereços para acesso.

Ministério da Saúde

O site do Ministério da Saúde [3] – MS, http://www.saude.gov.br ou http://portal.saude.gov.br/saude/ nos fornece links para acesso a informações sobre os sub-sistemas de informações em saúde; downloads, publicações de saúde e demais informações sobre saúde no Brasil e outros países.

O gerenciamento dos Sistemas de Informações em Saúde do MS é de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde a nível federal. Nas Secretarias Estaduais a responsabilidade é dos Serviços de Vigilância Estadual e para as Secretarias municipais, as respectivas Vigilâncias municipais.

Vigitel Brasil [4] – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Esse sistema abrange o período de 2006 e 2007 anualmente e está disponível através do endereço: http://portal.saude.gov.br/portal /arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf.

Pode-se acessar o livro em pdf da pesquisa telefônica realizada pelo MS através da Vigitel no Brasil no ano de 2007. Essa publicação aborda fatores de risco das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT e foi realizada nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Apresenta as estimativas de 2007 para: tabagismo; excesso de peso e obesidade; consumo alimentar; atividade física; consumo de bebidas alcoólicas; auto-avaliação do estado de saúde; prevalência de câncer e morbidade referida.

Disponível também os dados referentes a 2006 no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2006_brasil.pdf

Vigilância de Violências e Acidentes – Viva

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - Viva, do Ministério da Saúde - MS, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, visa uma coleta de dados referentes a situações de violência no Brasil, procurando identificar o perfil das vítimas e as várias formas de acidentes e violências ocorridos, sejam elas com crianças, adultos e/ou idosos e o perfil do agressor. Esse sistema foi implantado em mais de 30 municípios com previsão de expansão para outros municípios.

O Viva [5] é uma das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do MS, realizando a vigilância e coleta de dados em serviços sentinelas do SUS, no referente a situações de acidentes e violências.

São utilizados para análise de dados de morbidade e mortalidade, os subsistemas SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade).

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lancamento_viva.pdf

ProGrab – Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica

É um software livre, desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica-DAB do MS.

É uma ferramenta de programação para as ações das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família. Trabalha com a integralidade da atenção à saúde e pode ser acrescentada, retirando às áreas programáticas, de acordo com a realidade dos gestores. Os dados da população desejada são inseridos (população por faixa etária, sexo) e as ações de saúde necessárias para essa população, de acordo com as faixas etárias desejadas, são apresentadas pelo ProGrab.

Disponível para download no endereço: http://www.saude.gov.br/dab.

É de fácil instalação, pois todos os passos da instalação são descritos nas instruções.

Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e declaração de óbito

Disponibiliza as publicações da Funasa, Ministério da Saúde – MS em pdf, sobre as instruções para o preenchimento de Declaração de óbito. Encontra-se disponível para download no endereço http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_obi-

tos%20.pdf o manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito, 2001 (pdf).

Referências

1. Organização Mundial de Saúde – OMS. Mais informação. Cadernos [on line]. [citado 2005 Mai 20]. Disponível em: URL: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/sistemas_de_informacao/sistemasinformacaosaude.pdf.
2. Barsottini CN. Sistemas de Informação. Aula em PPT [on line]. [citado 2008 Mai 20]. Disponível em: URL: http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/med3/2002/aulas/sihmed_3.ppt#789,1, Sistemas%20de%20Informação%20em%20Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de vigilância sanitária [online]. [citado 2008 Mai 20]. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=460.
4. Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [online]. [citado 2008 Mai 22]. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf e http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos /pdf/vigitel_2006_brasil.pdf.
5. Viva. Vigilância de Violências e Acidentes [online]. [citado 2008 Mai 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28195.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Coleção Saúde & Cidadania.v.6. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios [online]. Brasília: MS; 2002. [citado 2008 Mai 27]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf.

Quadro 1 - Sistemas de Informações em Saúde – nível nacional.

Disponível em:	Instituição Nacional (Função principal)	Sigla e/ou nome do Sub- Sistema de Saúde ou Informações para Consulta	O que é esse Sub-Sistema de Saúde ou base de dados
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística www.ibge.gov.br	Produzir, analisar, pesquisar e disseminar informações estatísticas (demográfica, social e econômica), cartográfica, geodésica e ambiental.	Anuário Estatístico	Síntese das informações sobre o Brasil de diversas fontes
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária www.anvisa.gov.br	Coordenar o Sistema de Vigilância sanitária no País	Sisvas	Provê todas as informações concernentes aos subsistemas de vigilância em saúde do país.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz www.fiocruz.br	Desenvolver ações na área de ciência e tecnologia como: pesquisas, ensino, assistência hospitalar e ambulatorial, produção de vacinas, medicamentos e outras atividades.	Lilacs	Referências bibliográficas e resumos, desde 1982
www.bireme.br	BVS	Medline	Base de dados bibliográficos da área biomédica.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIH- SUS Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde	Contém dados de internações de todos os municípios, desde 1993
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		Dados de Declarações de óbitos	Base nacional de informações sobre mortalidade, desde 1979
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		CID10 - Classificação Internacional de Doenças	Classificação Internacional de Doenças e de problemas relacionados à saúde
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SINITOX - Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas	Arrola todo o fluxo de produção e distribuição de medicamentos e acidentes toxicológicos cadastrados pelos centros de vigilância em saúde.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIG - Sistema de Informações Geográficas	Dispõe a localização geográfica e o mapeamento dos dados sócio - políticos essenciais a pesquisas.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		REDEBLH - Rede Nacional de Bancos de Leite Humano	Registra os depositários de leite humano e suas qualificações.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br	Órgão responsável pela coordenação e difusão e de informações em saúde para o Brasil	ProGRAB	Registra todos os dados concernentes a gestão por resultados na Atenção Básica com vistas ao planejamento e ao processo decisório.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica	Centraliza todos os dados em atenção básica recolhidos pelos centros e encaminhados ao cadastro geral.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		VIVA	Arregimenta e disponibiliza o catálogo de vigilância e de acidentes no país.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		APAC-SIA Autorização de Procedimentos. Ambulatoriais de Alta. Complexidade/Custo	Registra individualmente os atendimentos de média e alta complexidade realizados pelos Estabelecimentos de Saúde do SUS. Deverá gerar o faturamento com base numa programação físico-financeira e informações estatísticas e gerenciais, subsidiando as instâncias de controle, avaliação, PPI, auditoria e análise epidemiológica.
DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS www.datasus.gov.br	Centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a construção dos sistemas de informática e informação da Saúde As representações estaduais são o suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Coleta, processa e dissemina as informações de saúde no Brasil	Cadernos de Informações de saúde	Gera planilhas modelos por áreas geográficas

Disponível em:	Instituição Nacional (Função principal)	Sigla e/ou nome do Sub- Sistema de Saúde ou Informações para Consulta	O que é esse Sub-Sistema de Saúde ou base de dados
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Disponibiliza informações (cadastro e manutenção) das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde hospitalares e ambulatoriais nas três esferas, na rede pública e privada.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIOSP - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Informa a sociedade e os Conselhos Municipais de Saúde sobre a aplicação dos recursos públicos no setor saúde
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		IDB - Indicadores e Dados Básicos para Saúde Brasil	Indicadores agrupados em 6 categorias: demográficos, sócio-econômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e coberturas
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		HIPERDIA - Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos	Permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		GIL - Gerenciador de Informações Locais	Destina-se a informatização da rede ambulatorial básica. Fornece dados de morbidade da população. Permite o monitoramento e o planejamento contínuo do sistema de saúde municipal.
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SISREG - Sistema Central de Regulação	Sistema para gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa (software) que funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O Sisreg é composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).
MS - Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIGAE - Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Especializada	Oferece ao administrador da Unidade Ambulatorial Especializada do SUS informações essenciais para a gestão, permitindo a racionalização dos atendimentos, com a conseqüente redução de filas, a avaliação da resolutividade e da eficiência desses atendimentos, o conhecimento do perfil básico da clientela e dos recursos funcionais da Unidade, através da marcação de consultas, escala médica e controle de procedimentos e diagnósticos.
DATASUS - www.datasus.gov.br		SISCAM	Registro dos dados de identificação de mulheres e dos laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS, desde 2002.
DATASUS - www.datasus.gov.br		SIM - Sistema de Informações de Mortalidade	Registra dados de mortalidade, extraídos da Declaração de óbito (DO)
DATASUS www.datasus.gov.br		SINASC Sistema de Informações de Nascidos Vivos	Registra dados de nascimento, coletados através da Declaração de Nascimentos (DN)
DATASUS www.datasus.gov.br		SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações	Informações referentes a imunizações no Brasil São componentes do SI-PNI: o API e o EDI. Contribui para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis e imunopreveníveis
DATASUS www.datasus.gov.br		API Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações	Dados de doses de vacinas aplicadas (número, tipo de vacinas, faixa etária).
DATASUS www.datasus.gov.br		EDI Estoque e Distribuição de Imunobiológicos	Controla o estoque e a distribuição dos imunobiológicos no Brasil

Disponível em:	Instituição Nacional (Função principal)	Sigla e/ou nome do Sub- Sistema de Saúde ou Informações para Consulta	O que é esse Sub-Sistema de Saúde ou base de dados
DATASUS www.datasus.gov.br		CTI-GEO Comitê Temático Interdisciplinar – Geoprocessamento e Dados Espaciais em Saúde	Informações para o desenvolvimento de análise espacial
DATASUS www.datasus.gov.br		SIAB Sistema de Informações da Atenção Básica	Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família. Sua missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.
DATASUS www.datasus.gov.br		SIA-SUS Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde	São os atendimentos ambulatoriais pagos pelo SUS. Auxiliam a operacionalização, controle e gestão do atendimento ambulatorial do SUS. A alimentação dos dados é feita através dos BPA- Boletins de Produção Ambulatorial
DATASUS www.datasus.gov.br		SIH- SUS Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde	Contém dados de internações pelo SUS, de todos os municípios, desde 1993. Destinados a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento hospitalar do SUS. A alimentação dos dados é feita através das AIH- Autorização de Internações Hospitalares.
DATASUS www.datasus.gov.br		SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam.
DATASUS www.datasus.gov.br		SI-PNI	Seu objetivo é organizar e disseminar informações sobre os programas de imunização realizados no Brasil.
DATASUS www.datasus.gov.br		SISCOLO	Fornece informações concernentes aos casos de câncer de colo de útero por município e extrato.
DATASUS www.datasus.gov.br		SIOPS	Sistema disponibilizado pela internet que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.
DATASUS www.datasus.gov.br		TABDOS	Tabulador de Informações de Saúde para todos os SIS no ambiente DOS.
DATASUS www.datasus.gov.br		TABWIN	É um aplicativo tabulador que permite cruzamento de dados dos diferentes subsistemas de saúde.
MS Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.
MS Ministério da Saúde www.saude.gov.br		SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade	O Sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também do sócio-demográfico.
DATASUS www.datasus.gov.br		SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	Possui o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.
DATASUS www.datasus.gov.br		SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação de Vigilância Epidemiológica	Registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória em todo Brasil. O Registro de Notificação de Doenças e a Investigação Epidemiológica, dá-se através da Ficha Individual de Notificação.
DATASUS www.datasus.gov.br		PPI/ECD - Programação Pactuada e Integrada/ Epidemiologia e Controle de Doenças	Indicadores de avaliação e de pactuação das ações de vigilância epidemiológica

Quadro adaptado de informações obtidas no livro "Sistemas de Informação em Saúde para Municípios" e endereços de sites conforme listados no quadro e arrolados a seguir.

Para maiores informações, acessar:

- CNES
  http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer
- SIOSP
  http://siops.datasus.gov.br/siops.php
- SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
  http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379
- SISCAM
  http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php
  http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369C3D473E3F369G13H1IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=473
- SIAB
  http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php
  http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369C3D472E1F369G13H1IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=472
- SI- PNI- Sistema de Informações do Programa nacional de Imunizações
  http://pni.datasus.gov.br/
  http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369C3D471E2F369G13H1IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=471
- SIOPS
  http://siops.datasus.gov.br/
- HIPERDIA
  http://hiperdia.datasus.gov.br/
  http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/hiperdia.php
  http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/acesso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1.5_M_02.pdf
- SISPRENATAL
  http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D475E4F371G15H0IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=475
- Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN
  http://sisvan.datasus.gov.br/produtos.asp
  http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D1878E1F371G15H0IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=1878
  http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html
- GIL – Gerenciador de Informações Locais
  http://gil.datasus.gov.br/download_usuario_gil.php
- SISREG – Sistema Central de regulação
  http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B366C1D464E4FG901H1IJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=464&VAba=0&VI=1
- SIASUS
  http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php
- DATASUS
  http://www.datasus.gov.br
  http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php
  http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=363A6B0C0D0E0F363G6H0I1Jd6L7M0N&VInclude=../site/texto.php
- SINAN - Sistema de Informação de agravos de Notificação
  http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/
- SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade
  http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 4 - Julho / Agosto de 2008

EDITORIAL

É tempo de cuidar, Almerinda Moreira 179

ARTIGOS ORIGINAIS

Significado de violência sexual e as expectativas de usuários e profissionais de saúde frente à implantação do Programa Pétala: acolhimento da vítima de violência sexual, Teresa Cristina Prochet, Luciana Morelli Miacri, Isabel Cristina Nucci de Souza, Margarete Aparecida dos Santos Nobile Ribeiro, Juliana de Carvalho Penço, Fátima Begosso 181

A consulta de enfermagem na saúde mental: prática da enfermagem psiquiátrica, Roberta Dantas Breia de Noronha, Washington Luiz da Silva Motta, Margarida Santos Salú 188

Vivências expressas pelos profissionais de enfermagem acerca da primeira morte de paciente, Ari Nunes Assunção, Eliana Fátima Sehnem 195

Imagem e representação do "cuidador-sombra" no cotidiano da pessoa com tetraplegia, Wiliam César Alves Machado, Ana Paula Scramin, Alexandre Carvalho Baroni, Romeu Kazumi Sassaki 202

A explosão da garrafa de álcool e suas vítimas: a enfermagem interligando a atenção primária e quaternária, Maria Aparecida de Luca Nascimento, Robson Bastos Lourenço, Flávia Cristina Cordeiro Biesbroeck, Rubens Ghidini Junior, Ellen Lima Giannini, Aline Ramos de Carvalho Pinto 215

RELATO DE CASO

Hidrogel como terapia tópica no tratamento de queimadura térmica de segundo grau, Eloah de Paula Pessoa Gurgel, Rosalete Landim de Castro Coutinho, Karla Maria Carneiro Rolim, Antônia do Carmo Soares Campos, Renata Pereira Moreira, Fernanda Jorge Magalhães 221

REVISÕES

Aspectos emocionais e sociais no cuidado ao paciente ostomizado: um olhar da enfermagem, Wanderson Parrela da Silva, Rosilene R. Palasson, Célia Maria de Jesus Correa 227

Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde, Sérgio Ribeiro dos Santos 232

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 238

CALENDÁRIO DE EVENTOS 240

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Atlântica Editora
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP

Atendimento e distribuição
Shalon / Antonio Carlos Mello
Praça Ramos Azevedo, 206/1910
01037-010 – São Paulo – SP
(11) 3361 5595/ 3361 9932

Assinaturas
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
São Paulo: (11) 3361-5595

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
atlantica@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil, MN-Metabólica e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital Espanhol, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

É tempo de cuidar

Profª. Drª. Almerinda Moreira

Conforme os historiadores da Enfermagem, desde que surge a vida existem cuidados, porque é preciso "tomar conta" da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque "cuidar, tomar conta" é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir a vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie [1].

Durante milhares de anos os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo.

Nesse sentido, as práticas de cuidados se dividiam em dois ramos: os assegurados pelas mulheres e os assegurados pelos homens. Pelas mulheres em torno da fecundidade, práticas do corpo, práticas alimentares a partir das plantas, matronas, curandeiras, parteiras, filhas de caridade, congregacionistas hospitaleiras, esteticistas, guardiãs de crianças e pelos homens em torno dos caçadores e pescadores, ferreiros, embalsamadores, barbeiros, quiropatas, guarda de asilos, massagistas, vigilantes de hospitais [1].

Todas essas práticas desenvolviam cuidados para assegurar a continuidade da vida e o adiamento da morte, quando estabeleciam cauterização pelos ferreiros, incisões pelos barbeiros, guarda dos idosos nos asilos, zelo pelas crianças, assistência ao nascimento, utilização de plantas curativas chegando aos dias de hoje até a formação dos profissionais de saúde e em especial os de Enfermagem.

Hoje, deparamo-nos com o desenvolvimento tecnológico muito avançado, que vem provocando discussões quanto à prática do "cuidar", uma vez que a utilização de máquinas vem se tornando prioridade na assistência. Entendemos que a tecnologia não pode prescindir do cuidado humano, do "toque de quem cuida", até porque até a máquina para funcionar precisa desse cuidador.

Para Boff [2] "*cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro*".

Assim sendo, nós os responsáveis pelo "cuidado" devemos atentar para as nossas responsabilidades pessoais, profissionais e sociais.

Pessoais: cuidar da nossa própria saúde, do nosso bem estar, da nossa família e da sociedade em que vivemos.

Profissionais: estar atualizado, cumprir os preceitos éticos e legais que nos regem.

Sociais: cuidar da sociedade em que vivemos sob os diversos aspectos: ambientais, direitos humanos, políticos e a garantia da cidadania plena.

É tempo da "Enfermagem cuidar". Cuidar do seu cliente, cuidar do ambiente em que trabalha, cuidar de si mesmo, cuidar da sua profissão, cuidar das entidades de classe. Pois, precisamos resgatar a dignidade e o respeito profissional junto à sociedade.

Por outro lado, as instituições necessitam investir urgentemente na valorização desses profis-

Professora Associada da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO

sionais do cuidado, promovendo ações pró-ativas para as condições de trabalho, na qualidade da assistência e na atualização profissional de seus afiliados.

A preocupação das instituições com seus respectivos profissionais apontam para a necessidade do reconhecimento destes na própria sociedade em que estão inseridos. Pois, nada é mais satisfatório para um profissional do que ser reconhecido e respeitado naquilo que faz.

A preocupação com a profissão nos leva a refletir sobre suas origens, trajetória e destino. É por essa causa que conclamo a todos os profissionais de enfermagem a se unirem, trabalhando nas entidades de classe, nas unidades de serviço, na sociedade, deixando de lado as diferenças partidárias, para lutar pela causa maior a *Enfermagem*.

Referências

1. Collière MF. Promover a vida. Traduzido por Abecasis MLB. Lisboa: Edições Técnicas; 1999.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2008;7(4)

Artigo original

Significado de violência sexual e as expectativas de usuários e profissionais de saúde frente à implantação do Programa Pétala: acolhimento da vítima de violência sexual

Teresa Cristina Prochet*, Luciana Morelli Miacri**, Isabel Cristina Nucci de Souza***, Margarete Aparecida dos Santos Nobile Ribeiro****, Juliana de Carvalho Penço*****, Fátima Begosso******

**Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Programa Saúde do Adulto – USP, Enfermeira do Núcleo de Epidemiologia e Pesquisa do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, Docente das disciplinas de Ética Profissional e Deontologia e de Introdução à Enfermagem no Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq, **Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, ***Assistente Social e Assistente Técnica de Direção do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, ****Assistente Técnica de Direção do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, *****Médica Infectologista do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, ******Assistente Social do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde*

Resumo

O Programa Pétala foi criado com intuito de construir uma rede integrada de serviço voltada ao enfretamento da violência sexual. Este estudo teve como objetivo revelar o significado de violência sexual e as expectativas dos participantes. Foi desenvolvido durante o treinamento de sensibilização para a construção de rede de atendimento e acolhimento às vítimas de violência sexual. Participaram 283 integrantes de segmentos da sociedade pertencentes aos 25 municípios paulistas. Constituem-se como expectativas: interesse em adquirir conhecimento; estabelecimento do fluxo de atendimento; estratégias de atuação ao combate da violência; avaliação da rotina de trabalho; entendimento dos papéis dos segmentos e o esclarecimento do programa. As respostas contendo o entendimento sobre violência sexual foram agrupadas e os significados foram construídos e discutidos com a literatura existente.

Palavras-chave: violência sexual, abuso sexual, saúde.

Artigo recebido em 10 de março de 2008; aceito em 12 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Teresa Cristina Prochet, Rua Sebastião da Silva Leite, 243, 19814-370 Assis SP, Tel: (18) 3322-6721, E-mail: prochet@uol.com.br

Abstract

Meaning of sexual violence and users and health professionals expectations from Petal Program implementation: shelter for the victim of sexual violence

The Petal Program was created aiming at creating an integrated network of services to deal with sexual violence. The objective was to reveal the meaning of sexual violence and participants expectations. It was developed during the training to sensitize the community in order to elaborate a care protocol to assist and to shelter the victims of sexual abuse. There were 283 participants from different social segments (users and professionals) of 25 cities of São Paulo State. The expectations were: interest in acquiring knowledge; establish the flow of assistance; strategies to combat violence; evaluation of work routine; understanding of segments roles and program clarification. The answers regarding the understanding of sexual violence were grouped and the meanings were built and discussed with the existing literature.

Key-words: sexual violence, sexual abuse, health.

Resumen

Significado de la violencia sexual y las expectativas de usuarios y profesionales de la salud respecto a la implantación del Programa Pétala: amparo a las víctimas de la violencia sexual

El Programa Pétala fue creado con la intención de poner en marcha una red integrada de servicio dirigida al enfrentamiento de la violencia sexual. Este estudio tuvo como objetivo revelar el significado de violencia sexual y las expectativas de sus participantes. Desarrollado durante el entrenamiento de sensibilización, para elaborar un protocolo de atención a las víctimas de abuso sexual y ampararlas. Participaron 283 integrantes (usuarios y profesionales) de 25 municipios de São Paulo. Las expectativas fueron: interés en adquirir conocimiento; establecimiento de un flujo de atención; estrategias de actuación y combate a la violencia, evaluación de las rutinas de trabajo, entendimiento de los papeles de los segmentos y esclarecimiento sobre la finalidad del programa. Las respuestas relacionadas al entendimiento sobre violencia sexual fueron agrupadas y los significados fueron elaborados y discutidos con la literatura existente.

Palabras-claves: violencia sexual, abuso sexual, salud.

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil experimentou mudanças no perfil epidemiológico dos agravos, tanto em relação às doenças infecciosas (com o surgimento de novos agentes patogênicos) como as não infecciosas. Dentro disso, os acidentes e violências (causas externas) têm determinado um importante impacto na saúde das populações de vários países do mundo e são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde como um sério problema de saúde pública da atualidade. Particularmente o Brasil que pela magnitude dos números e taxas tanto de mortes quanto internações decorrentes destas causas requer a busca de maneiras para responder a este grave problema [1].

A violência é um fenômeno que varia em suas formas de expressão de uma cultura para outra, de um período histórico para outro numa mesma sociedade, assim como o significado que assume em diferentes grupos sociais que a vivencia [2].

Segundo a Organização Mundial da Saúde [3], a violência é definida como "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

A violência é uma questão que permeia a condição humana. Sua visibilidade tanto pode ser correlacionada às formas por meio das quais se manifesta quanto à capacidade da sociedade em efetivamente percebê-la.

As violências de âmbito social, intrafamiliar e institucional se expressam sob diferenciadas formas e, quando relacionadas às crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como negligência, abuso físico, abuso psicológico e abuso sexual [4].

A negligência inclui a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, a falta de atendimento a saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as alterações do meio

como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a freqüência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual das pessoas em formação. Já o abuso físico é todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por familiares ou por outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir, deixando ou não marcas evidentes no corpo e, muitas vezes, provocando a morte. O abuso psicológico consiste em toda forma de rejeição, depreciação, descriminação, desrespeito, cobranças exageradas e/ou punições humilhantes. Por último, o abuso sexual que se caracteriza por todo ato ou jogo sexual com a intenção de estimular sexualmente ou visando utilizar o indivíduo para obter satisfação sexual seja hetero ou homossexual [4].

Portanto, a violência pode ser considerada como toda ação que cause danos à vida e a saúde do indivíduo, seja por maus-tratos, cerceamento da liberdade seja por imposição da força. As crianças e os adolescentes, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas freqüentes de atos abusivos [5].

É importante ressaltar que as conseqüências das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, seqüelas e incapacidades temporárias ou permanentes; provocam sofrimentos físicos e emocionais freqüentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico, aumentando gastos com a saúde. Esse é um fator que também merece ser considerado tanto pelos gestores quanto pelos profissionais de saúde [4].

Dentre os vários tipos de violência, a sexual é uma delas e representa um sério problema de saúde pública, que implica em grande impacto físico e emocional para aqueles que a ela são expostos. Estudos mostram que crianças e adolescentes sexualmente abusados desenvolvem transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos [6,7], apresentam problemas quanto ao seu papel e funcionamento sexual [8] e dificuldades sérias em relacionamentos interpessoais [9]. Evidências epidemiológicas ainda apontam para a existência da associação entre abuso sexual na infância e adolescência e ocorrência de depressão na idade adulta [8,10].

É fato que as estimativas de prevalência e incidência da violência sexual contra crianças e adolescentes e o quão freqüentemente estão presentes em seus cotidianos são fundamentais para o desenvolvimento de políticas de prevenção e de abordagem desse fenômeno tão complexo [4].

Além das crianças e adolescentes, as mulheres também são as grandes vítimas da violência sexual. A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, gerando ainda mais um impacto desfavorável no estado psicológico da mulher [11].

No estudo pioneiro de Heise [12], que reuniu dados de 35 estudos em 24 países, como no *World Report on Violence and Health* [2], comprovou-se estatisticamente a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres, compondo um importante problema de saúde pública.

O Brasil tornou-se conhecido pelos trabalhos desenvolvidos em âmbito sobre propostas para eliminação da violência contra a mulher e a promoção da equidade de gênero. A partir de 1980 conquistas como a criação das Delegacias de Defesa da Mulher, as Casas Abrigo, bem como, os Conselhos de Direito da Mulher e organizações não-governamentais têm sido uma realidade em muitos estados. Esses órgãos vêm na medida do possível realizando atendimentos especializados tanto às mulheres quanto aos agressores [13].

Para que o combate à violência seja eficaz torna-se necessário que ações integradas possam se constituir e, assim, auxiliar no seu enfretamento. Uma dessas ações é a criação de rede de serviços públicos ou privados onde as parcerias estabelecidas articulam forças e maximizam potenciais de ação de forma que o atendimento, o apoio, a detecção, o encaminhamento e a prevenção dessa dura realidade sejam possíveis.

Quando existe uma rede de atendimento à vítima de violência há uma maior chance para maiores e melhores intervenções. Um dos exemplos seria a realização de campanhas educativas e de sensibilização, fomentado, assim, o envolvimento entre as pessoas e os profissionais envolvidos (saúde, segurança, assistência social, educação e outros), conseqüentemente, o estímulo à formação de lideranças governamentais ou não, que incentivam a geração do movimento de opinião pública, inclusive, o de intervir na agenda política local, estadual e nacional conforme sua capacidade de organização e implantação em si.

A garantia de atendimento nos serviços de saúde à mulher, à criança e ao adolescente que

sofreram ou sofrem violência sexual representa uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, vem incentivando os serviços de saúde a capacitar seus profissionais para diagnosticar os casos de violência, além disso, tem valorizado o estabelecimento de parcerias com diferentes setores sociais, comunitários e mesmo do governo. Essas ações têm por objetivo principal, garantir uma assistência adequada e acolhedora à vítima.

Movido por essa realidade, o Hospital Regional de Assis em parceria com a Secretaria Estadual de Segurança Pública (Polícia Civil DEINTER 4, Polícia Científica, Polícia Militar CPI 4), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Marília, Secretarias Municipais (Saúde, Educação, Ação Social), Direção Regional de Saúde VIII, atual Departamento Regional de Saúde IX e outros criaram o Programa Pétala - Atendimento à Vítima de Violência Sexual. O referido programa tem por objetivo construir uma rede integrada de serviço voltado ao fortalecimento do enfrentamento da violência sexual de maneira que a vítima seja acolhida e atendida com integralidade.

Após pactuar as co-responsabilidades entre as instâncias envolvidas e o Programa Pétala, representado pela direção do Hospital Regional de Assis, cada município foi contemplado com um treinamento utilizando-se da técnica de estudo baseado no problema com duração de 8 horas. A intenção dessa iniciativa foi sensibilizar e despertar o interesse pela temática e divulgar a importância da construção de um protocolo de atendimento à vítima de violência sexual. Durante esse encontro foi apresentado o panorama estadual e nacional da violência sexual, os marcos conceituais, os principais dados epidemiológicos, as legislações inerentes, bem como, os aspectos burocráticos da notificação compulsória.

Objetivos

- Descrever e registrar quais os órgãos representativos da sociedade, bem como, as categorias profissionais que participaram do treinamento em cada município;
- Listar os pontos positivos e negativos do treinamento;
- Revelar o significado de violência sexual e as expectativas dos participantes, frente à implantação do Programa Pétala em cada município.

Material e método

Pesquisa do tipo transversal realizada após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa com seres humanos com integrantes de diferentes segmentos da sociedade (usuários e profissionais) pertencentes a Assis e aos demais 24 municípios de abrangência de Assis. Tanto os usuários, representantes que utilizam os serviços de saúde, quanto os profissionais – conselheiros tutelares, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais, psicólogos, professores do ensino médio e fundamental, policiais civis e militares – que independentemente de trabalharem direta ou indiretamente com vítimas de violência (sexual ou doméstica) foram escolhidos pela autoridade municipal como pessoas com potenciais para serem multiplicadores do treinamento e também fomentadores da construção de rede de atendimento às vítimas de violência sexual no município que trabalhavam e que representavam. O critério de inclusão dos participantes, como sujeitos de pesquisa, deu-se posteriormente à explicação dos objetivos e metodologia da pesquisa e o conseqüente consentimento. A pesquisa foi aplicada na ocasião da realização do treinamento de sensibilização para construção de rede de atendimento e acolhimento às vítimas de violência sexual no ano 2007. Utilizou-se questionário com perguntas fechadas e abertas de forma a identificar a categorizar os participantes, bem como, suas impressões e expectativas referente à visita-treinamento e o significado atribuído à violência sexual.

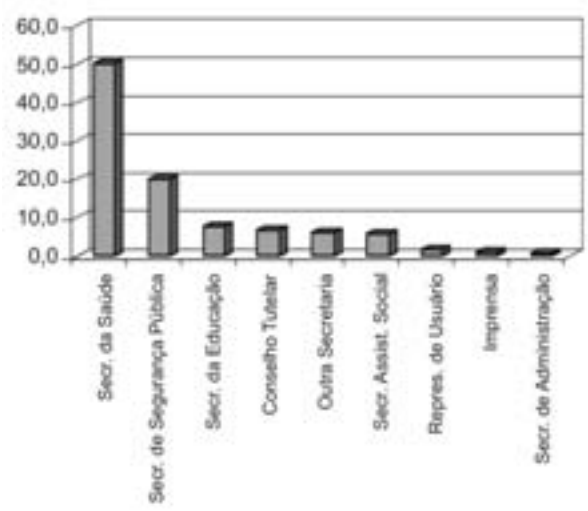
Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 283 pessoas de diferentes órgãos representativos (Tabela I) entre 20 e 75 anos de idade, dentre eles 78,1% mulheres e 21,9% homens.

Os resultados revelaram que tanto os homens (62,9%) quanto às mulheres (74,7%) pesquisadas não possuíam experiência no atendimento à vítima de violência sexual. Quando questionados sobre as expectativas para participar do treinamento, 90,4% (256) expressaram suas expectativas e dentre esses 72,4% (185) citaram uma ou mais expectativas, os

demais 27,6% (71) limitaram-se a responder que possuíam expectativas sem efetuar qualquer tipo de descrição. Dos 185 pesquisados que mencionaram expectativas, 180 (97,8%) expressaram expectativas positivas e 2,2% (5) negativas. As principais expectativas positivas expressas pelos participantes da pesquisa foram agrupadas e classificadas em seis grupos de relatos. O primeiro é composto pela intenção e interesse em adquirir conhecimento sobre a temática de violência sexual no sentido de ser capaz de reconhecer os sinais que caracterizam o abuso sexual, identificar os papéis que cada membro da equipe pode exercer, uniformizando os procedimentos necessários e ainda identificando as ações mediatas e imediatas que podem ser realizadas junto às vítimas acometidas pela violência sexual.

Tabela 1 - Distribuição da frequência percentual dos 283 participantes segundo o órgão representativo.



O segundo grupo foi composto pelas expectativas que revelam a necessidade do estabelecimento de um fluxo de atendimento padronizado às vítimas, com a construção de protocolos de atendimento. O terceiro agrupou aquelas relacionadas às estratégias de atuação ao combate contra a violência e a compreensão de como se pode ajudar o município e as pessoas que vivem nele a prevenir e controlar a violência. O quarto reuniu as expectativas voltadas ao estímulo para a avaliação da rotina de trabalho no momento exercida e troca de experiências de forma a ser um incentivo para reavaliação e revisão de condutas. O quinto grupo restringiu-se ao interesse de compreender melhor como os diferentes segmentos sociais e técnicos poderiam articular-se e atuar na prática. Finalmente, o último grupo composto pela intenção de esclarecer sobre quais as propostas práticas do Programa Pétala. Quanto às expectativas negativas, destacaram-se duas falas: a primeira diz que *"o papel aceita tudo e eu não acredito nesse interesse repentino",* a negatividade da outra foi associada à crítica contra a sustentação de programas, o participante expressou assim "*sempre se inventam programas, cheio de idéias mirabolantes que no fundo somente são caça de votos, depois não há continuidade e nada funciona, tudo fica e cai no esquecimento*".

Ao final do treinamento, os participantes foram questionados se as expectativas iniciais haviam sido atendidas. Os resultados apontaram que a maioria (95,7%) teve suas expectativas atendidas, sendo 75,6% (214) totalmente e 20,1% (57) parcialmente, entretanto, 4,3% (12) dos questionários foram entregues em branco.

Tanto os pontos positivos quanto os negativos expressos pelos participantes do treinamento foram devidamente reunidos e tabulados. Os pontos positivos citados foram: tipo de dinâmica pedagógica aplicada, postura acolhedora e técnica dos facilitadores, qualidade do material utilizado e disponibilizado, possibilidade de integração dos diferentes profissionais, ampliação do conhecimento pelo assunto, aumentando o foco, a visão e as ações relativas à violência sexual, valorização da importância da criação do fluxo de atendimento e do acolhimento das vítimas, compreensão do papel dos diferentes segmentos da sociedade, incentivo de novas atitudes frente ao combate da violência, oportunidade de expressão e participação de todos os presentes, reflexão e enriquecimento pessoal, partilha das situações-problemas vivenciadas e a divulgação do Programa Pétala. Os pontos negativos citados foram: indicação impositiva para presença no treinamento, falta de conhecimento prévio sobre o assunto que seria tratado, falta de incentivo e de estrutura municipal para transformar o conhecimento adquirido em prática cotidiana, postura de alguns participantes que revelaram o não compromisso com o trabalho que desenvolve, pouca informação sobre medicina legal e técnica de atendimento psicológico, tempo escasso para leitura dos artigos e textos trazidos, local do treinamento quente, abafado e barulhento, falta de uso de recurso visual e ausência de segmentos representativos da própria comunidade.

Baseado nas respostas sobre o entendimento que os participantes tinham sobre violência sexual, agruparam-se os relatos e alguns significados puderam ser construídos. *A violência sexual é o ato*

de um adulto usar coação/coerção sem consentimento da criança, atingindo-a. De fato a violência sexual infantil pode ser conceituada como o "uso sexual de uma criança por uma pessoa adulta para a sua satisfação sem levar em consideração o desenvolvimento psico-sexual e social dessa criança" [14]. Porém, essa definição formulada foi insuficiente para Wirtz [15] que aumentou a abrangência do conceito afirmando que "abuso sexual é um ataque total contra o ser da pessoa, na qual a personalidade e a identidade sexual da criança vitimada são gravemente feridas". Porém, consideramos como mais completa a definição de violência sexual na criança como sendo "toda ação sexual (ou sexualizada) de um adulto com uma criança, que pelo seu desenvolvimento emocional e cognitivo, e pela relação de poder desigual entre duas gerações, não está em condições de se decidir livremente" [16].

Outro conceito construído pelos participantes é de que a violência sexual "*é o ato sexual cometido contra a pessoa, principalmente a mulher em situação de incapacidade de reação mediante o uso da força, atingindo sua integridade física, moral, emocional".* Isso nos remete ao conceito estabelecido pelo Código Penal Brasileiro [17] que caracteriza a violência sexual como toda e qualquer ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade da pessoa.

Mas, a violência inclui o "*desrespeito pelo outro, que é quando o constrangimento é provocado, como por exemplo, a exibição sexual sem a autorização da vítima com o próprio agressor e com terceiros por ordem do agressor".* De fato, isso também é violência sexual e está previsto no Código Penal Brasileiro, nele ainda consta que a violência pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro, o atentado violento ao pudor e o ato libidinoso [17]. Portanto, todos esses são considerados atos criminosos.

O estupro é a conjunção carnal ilícita, praticada pela força e contra a vontade, um crime geralmente clandestino, sub-relatado e pouco conhecido. Sua real freqüência é desconhecida porque as vítimas hesitam em informar, devido à humilhação, medo, sentimentos de culpa, desconhecimento sobre as Leis e descrédito do sistema judicial [18]. Já o atentado ao pudor é o fato de constranger alguém mediante violência ou grave ameaça ou ainda, praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso como: voyeurismo, telefonemas obscenos e linguagem sexualizada. O ato libidinoso é quando se procura fazer a vontade sexual ou libido, por meio de toques, beijos e contato sexual independente de penetração com dedos, pênis ou outros objetos, na região oral, anal ou genital [19].

Outra vertente, ligada à violência sexual foi lembrada quando se definiu como um "*ato que faz sentir dor e vergonha, ela provoca choque, mexe com as emoções e sentimentos, pois é um constrangimento terrível, nem se quer falar sobre isso*". De fato, a violência provoca nas vítimas uma série de problemas, como o trauma ocasionado pelo medo, pela vergonha e pelo terror. Muitas vítimas se reprimem, inclusive não querem falar sobre o assunto, sofrem depressão, descontrole, possuem dificuldades de retomar a vida diária (estudos, trabalho), problemas de concentração, alterações no sistema digestório, apresentam fobias e até tentam o suicídio, pois se sentem sujas e não mais dignas para viver na família e na sociedade [20]. Além disso, ainda se tem o desespero de ter adquirido alguma doença sexualmente transmissível ou de ter ficado grávida.

Alguns pesquisados ressaltaram que a violência sexual é "*resultado da influência da mídia na sociedade, uma grande vilã e incentivadora de condutas abusivas, visto que há uma banalização do corpo".*

De fato, nos últimos anos, a sexualidade ganhou a mídia e deu ibope, garantindo um espaço cada vez maior. Infelizmente, o que se observa é que faltam critérios para a difusão das informações científicas, o conteúdo apresentado na mídia é meramente apelativo. Isso dá ao expectador a falsa sensação de crescimento psicológico e liberdade. As personagens eróticas dos programas dirigidos aos jovens chamam a atenção para a sexualidade que não valoriza a pessoa integralmente, mas apenas partes do seu corpo. Com isso, a sexualidade é tratada como forma banal que prejudica não apenas crianças e adolescentes, adultos ao invés de conhecer o funcionamento corporal criam mitos e tornam-se ansiosos e passam a construir uma imagem do sexo completamente deturpada [21].

Essa ansiedade em relação ao sexo não chegou a esse estágio por acaso. Na década de 1950 havia uma situação tão conservadora que a gravidez era quase considerada uma anomalia, um motivo de grande vergonha. Nos anos de 1960 o sexo era visto como uma novidade política. Já nos anos 1970 ocorreu a luta pelo amor livre e pela resolução das

culpas e dos medos. Achava-se que a sexualidade era uma forma da pessoa superar seus fantasmas, mitos e preconceitos. Era uma forma de crescimento social e político. De lá para cá muita coisa mudou. Hoje não há mais tanta ênfase no proibido e na culpa. O sexo virou realmente uma mercadoria de consumo, principalmente quando a embalagem é perfeita [22].

Começa a ocorrer então, uma dissociação emocional, como se o corpo fosse uma coisa e a pessoa outra. Parece que a vida da pessoa começa a ser programada não pela escolha que ela possa fazer, mas por toda uma indústria que está ao redor dela vendendo ilusões e fantasias como se fossem fontes de verdadeiro prazer [22].

Realmente a mídia está manipulando a liberdade das pessoas. Já não há mais o privilégio ou a manutenção da privacidade. O apelo sexual chegou a um nível tão intenso que o corpo é muito mais importante que a própria pessoa.

Conclusão

Acredita-se que o treinamento favoreceu reflexão das práticas cotidianas, trouxe oportunidade de integração, despertou o sentimento de empatia e do reconhecimento dos diferentes papéis exercidos por cada um e sensibilizou a relevância do acolhimento durante o atendimento da vítima de violência sexual. Além disso, proporcionou a divulgação do Programa Pétala subsidiando as ações independentes dos municípios contemplados pelo treinamento.

Referências

1. Krug EG, Shamma GK, Lozano R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000;90: 523-26.
2. Wieviorka AM. O novo paradigma da violência. Tempo Social 1997;9(1):5-45.
3. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.23-28.
5. Eisenstein E, Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Vozes; 1993
6. Hibbard R, Ingersoll G, Orr D. Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. Pediatrics 1990;86:896-901.
7. Holmes W, Slap G. Sexual abuse of boys. JAMA 1998;280:1855-62.
8. Widom K. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. Psychol Bull 1989;106:3-28.
9. Salzinger S, Feldman R, Hammer M, Rosário M. The effects of physical abuse on children's social relationship. Child Dev 1993; 64:169-87.
10. Wissow LS. Child abuse and neglect. N Engl J Med 1995;332:1425-31.
11. Kronbaula JFD, Meneghel SN. Perfil de violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Públlica 2005;39(5):695-701.
12. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 1994
13. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad. Saúde Pública 2005;21(2):417-25.
14. Kempe CCH, Kempe CS. The common secret sexual abuse of children and adolescents. New York; 2000.
15. Wirtz U. Seelenmord: inzest und therapie. Zurich: Kruez-Verlag; 1990.
16. Abelmann-Vonllmer K. Herrschaft und tabu in das ist unser geheimnis: sexuallle ausbeutung von kidern. Bedingungen, familiendnamik, handlungsfelder. Hannover: Deutscher Kinderschutzbund; 1989.
17. Jesus DE. Código de Processo Penal Anotado. 22 nd ed. São Paulo: Saraiva; 2005.
18. Abuso sexual e DST. [citado 2008 Jan 12]. Disponível em URL: http://www.cecria.org.br/banco/violencia1.htm
19. Buralli KO, Camargo CL. Violência familiar contra criança e adolescente. Salvador: Ultragraph; 1998.
20. Bontempo D. Exploração sexual de meninas e adolescentes no Brasil. Anais do Seminário Nacional sobre Exploração Sexual de Meninas e Adolescentes no Brasil. Brasília: Unesco/Cecria; 1995.
21. Banalização do sexo garante audiência, mas confunde brasileiro. [citado 2008 Jan 05]. Disponível em URL: http://boasaude.uol.com.br
22. Correia G. Projeto amar bem: a banalização do sexo. [citado 2008 Jan 10]. Disponível em URL: http://www.atlaspsico.com.br/colaboradores_a_banalizacao_do_sexo.htm

Artigo original

A consulta de enfermagem na saúde mental: prática da enfermagem psiquiátrica

Roberta Dantas Breia de Noronha*, Washington Luiz da Silva Motta**, Margarida Santos Salú***

**Enfermeira, Residente de Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ, Graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, ** Psicólogo, Chefe das Enfermarias de Internação Psiquiátricas do HMJM; Especialista em Psicologia Hospitalar, Especialista em Teoria Psicanalitica, ***Enfermeira, Especializanda de Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCUZ*

Resumo

Introdução: Buscou-se conhecer a importância da consulta de enfermagem no contexto da saúde mental. *Objetivos:* Entender como deve acontecer uma consulta de enfermagem psiquiátrica; avaliar se estas consultas são viáveis neste tipo de assistência; identificar se a realidade da psiquiatria condiz com a consulta de enfermagem. *Material e método*: Estudo experimental com a elaboração de um instrumento e a sua aplicação na população estudada para testar a sua viabilidade. *Conclusão*: Avalia-se ser de grande relevância esta prática para o profissional. Deve-se conscientizar os enfermeiros a irem à busca de um real entendimento desta prática e mais do que nunca da sua importância dentro da psiquiatria.

Palavras-chave: consulta, enfermagem, saúde mental, enfermagem psiquiátrica.

Abstract

The nursing appointment in mental health: practice of psychiatric nursing

Introduction: The importance of the nursing appointment has been sought in the mental health context. *Objectives:* To understand how to proceed in a psychiatric nursing appointment; to evaluate if these appointments are practicable in this kind of assistance; to identify if the psychiatry's reality is in accordance with the nursing appointment. *Methodology:* Experimental study with an elaboration of an instrument and its application on the studied population. *Conclusion:* The nurses should become aware to seek a true understanding of this practice and also of its importance for the psychiatry.

Key-words: appointment, nursing, mental health, psychiatry nursing.

Artigo recebido em 27 de fevereiro de 2008; aceito em 30 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Roberta Dantas Breia de Noronha, Rua Ibituruna, 97/1003, 20271-021 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2567-3005, E-mail: marcuseroberta@yahoo.com.br

Resumen

La consulta de enfermería en salud mental: práctica de enfermería psiquiátrica

Introducción: Se ha buscado conocer la importancia de la consulta de enfermería en el contexto de la salud mental. *Objetivos:* Entender como proceder en una consulta de enfermería psiquiátrica; evaluar si esas consultas son viables en este tipo de asistencia; identificar si la realidad de psiquiatría es apropiada a la consulta de enfermería. *Metodología:* Estudio experimental con la elaboración de un instrumento y su aplicación en la población estudiada. *Conclusión:* Se debe concientizar a los enfermeros a buscar un real entendimiento de esta práctica y además de su importancia dentro de la psiquiatría.

Palabras-clave: consulta, enfermería, salud mental, enfermería psiquiátrica.

Introdução

A escolha do tema do presente estudo surgiu durante nossa experiência acadêmica nas enfermarias de longa e média permanência, em um hospital municipal psiquiátrico, localizado no município do Rio de Janeiro, onde se verificou novos métodos de lidar e cuidar do paciente psiquiátrico.

A figura do louco, para quem nunca teve contato com a loucura, desperta em cada um, fantasmas de diferentes formas. É freqüente, no senso comum, relacionar a loucura à periculosidade, à agressividade, à violência. São crenças infundadas, mas difundidas, que o aluno traz consigo e que vai se esvaecendo à medida que se permite aproximar do doente mental e de sua realidade [1].

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) "reconfigura" as práticas da enfermagem psiquiátrica e influencia a produção científica sobre o campo da saúde mental, notadamente a partir dos anos 90. Desde então, convivendo com conceitos e de práticas em rediscussão, teorias e experiências se apresentando novamente, atividades docentes e experiências de serviços que nos remetem, incessantemente, a recomeçar a pensar [2].

O cuidado em psiquiatria e saúde mental é uma assistência pautada no entendimento que o papel da enfermagem psiquiátrica é o de agente terapêutico, e que a base desta terapia é o relacionamento estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado dos seus sintomas [3].

Assim, outras formas de cuidar vêm sendo adquiridas, voltadas para uma assistência humanizada, exigindo do enfermeiro a revisão de suas práticas e a elaboração de novas técnicas. Nesta nova realidade, a interação é o modo pelo qual o processo terapêutico se dá, e a escuta é a bússola para a solução de suas necessidades.

A demanda do sujeito é a solução e não o problema. Uma conduta terapêutica de enfermagem seria produzir, permanentemente, demanda: de atenção, de cuidado, de transferência, de acolhimento, de aceitação. Demandar é permanecer vivo dentro da loucura. É porque conhece o sujeito, o enfermeiro psiquiátrico pode ser uma espécie de fiador de outros contratos do paciente e das suas possibilidades de fazer sentido. E então pintar outros caminhos [2].

Então se torna necessário criar mecanismos que auxiliem o enfermeiro a estabelecer um relacionamento com este paciente psiquiátrico na busca da recuperação do seu equilíbrio. Travelbee diz que "as enfermeiras comprometidas na relação pessoa a pessoa compreendem o poder do vínculo pessoal e agem como facilitadoras interessadas em ajudar os outros a se ajudarem" [4].

No contexto da saúde mental, podemos perceber a importância da consulta de enfermagem, já que esta consegue estabelecer um vínculo pessoal e profissional maior com o cliente, além de auxiliar a diagnosticar patologias fisiológicas que podem estar "ocultas" devido ao estado psíquico do mesmo. A consulta de enfermagem compreende as fases de histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Torna-se imprescindível que o enfermeiro esteja ciente de que estas ações são privativas, não devendo em hipótese alguma ser delegado a outros profissionais. Para a implantação da assistência de enfermagem devem ser considerados aspectos essenciais em cada uma das etapas citadas acima [5].

Assim, o enfermeiro pode utilizar como seu principal instrumento o relacionamento terapêutico, o qual é definido como uma série de intervenções entre enfermeiro-paciente planejada com objetivos

definidos, para ser útil a um paciente em particular, no qual uma das partes – o enfermeiro – dispõe de conhecimento científico, habilidade profissional e pessoal para ajudar o paciente [6].

Para formar um relacionamento com outro ser humano, o indivíduo engaja-se na comunicação interpessoal, ou seja, a comunicação entre duas pessoas. Parte da comunicação entre o paciente e a enfermeiro é chamada comunicação terapêutica. Isso é definido como comunicação planejada e deliberada que o enfermeiro utiliza a fim de ajudar a identificar e atender as necessidades de assistência à saúde do paciente. É a comunicação terapêutica que forma a base do relacionamento enfermeiro-paciente [7].

Sendo assim, o enfermeiro deve utilizar estratégias que o ajudem a estabelecer um vínculo com o paciente através de uma prática criativa. Na psiquiatria, a criatividade é uma perspectiva importante por servir como guia para compreender situações de cuidar, que quase em sua totalidade representativa, são complexas, singulares, inusitadas e multifacetadas [8].

Então se torna necessário criar mecanismos que auxiliem o enfermeiro a estabelecer um relacionamento com este paciente na busca da recuperação do seu equilíbrio [6].

O objetivo de todo trabalho terapêutico e não somente o da enfermagem é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Alguns aspectos da assistência psiquiátrica levam à cronicidade, na medida em que esta não oferece respostas às crises e a seus significados, desconsiderando a interdependência dos problemas psicofísico-sociais, permitindo que estes e o mal-estar se tornem crônicos. Esperidião [9] menciona ainda a institucionalização, enquanto isolamento, reclusão, abandono, estigmatização e tratamentos inadequados como elementos propiciadores de um percurso institucional cronificante e sugere reflexões cujo primeiro objetivo é o de evitar, ou não dar lugar a um percurso patogênico para depois criar um percurso terapêutico.

A consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma, sua autonomia profissional. Essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo, como meio para documentar sua prática [10].

Considerando o contexto da importância da consulta de enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico, este estudo tem como objeto a consulta de enfermagem no contexto da saúde mental. Diante destas considerações surgiram como questões norteadoras: A consulta de enfermagem é aplicável no contexto da saúde mental? Quais seriam as possíveis facilidades e/ou dificuldades para a sua implementação?

Nossos principais objetivos foram: buscar entender como deve acontecer uma consulta de enfermagem psiquiátrica, tendo como referência a literatura existente; avaliar se estas consultas são aplicáveis neste tipo de assistência; identificar se a realidade da psiquiatria condiz com a consulta de enfermagem.

Materiais e métodos

Elaboramos um instrumento próprio para a aplicação das consultas de enfermagem na psiquiatria na população estudada (Anexo 1).

Utilizamos trechos da anamnese preconizada pelo Ministério da Saúde e também das etapas do processo de trabalho do SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem – do COREN – SP.

O método empregado foi a pesquisa experimental, ou seja, elaboração de um instrumento e a sua aplicação na população estudada para testar a sua viabilidade. Tendo que a pesquisa experimental é aquela em que o pesquisador de maneira ativa introduz alguma intervenção [11].

O experimento representa o melhor exemplo de pesquisa científica. Essencialmente, a pesquisa experimental consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto [12].

A pesquisa experimental constitui o delineamento mais prestigiado nos meios de pesquisa científica. Consiste essencialmente em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto. Trata-se, portanto, de uma pesquisa em que o pesquisador é um agente ativo, e não um observador passivo [12].

A pesquisa experimental consiste em submeter o objeto de estudo à influência de certas variáveis. Porém, neste tipo de pesquisa, deve o pesquisador ficar atento às questões éticas e técnicas, o que acaba por dificultar sua empregabilidade [12].

Este estudo respeita os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos na medida em que resguarda as informações sigilosas referente à pacientes e seus familiares, atendendo às normas da Portaria 196/96.

Resultados e discussão

Para coleta dos dados foi elaborado, conforme já supracitado, um roteiro estruturado de consulta de enfermagem em psiquiatria, visando buscar entender como acontece uma consulta de enfermagem na área psiquiátrica, avaliando sua viabilidade/aplicabilidade com a prática da psiquiatria.

Foi realizado um total de quinze consultas de enfermagem, para assim, obter uma real aproximação do objeto em estudo. Sendo, dez consultas realizadas com clientes do sexo feminino (66,7%) e cinco consultas realizadas com os clientes do sexo masculino (33,3%) internos do Hospital Municipal Psiquiátrico supracitado no estudo.

Durante a realização das consultas constatamos certa dificuldade de abordagem desses clientes, pois cada um, dentro do seu quadro psicológico, respondia de maneira diferenciada às perguntas. Vale ressaltar que as perguntas do questionário da consulta de enfermagem eram as mesmas para todos os clientes consultados e expressavam aspectos pontuais com relação ao estado físico atual, ao pregresso, à história familiar de doenças e, também, com alguns questionamentos sobre aspectos psicológicos.

A consulta constava da seguinte rotina: verificação de peso e altura, anamnese e exame físico. Torna-se importante relatar que buscamos escolher aleatoriamente os clientes, dentre àqueles com quadros mais controlados/estáveis possíveis, ou seja, somente foram exclusos àqueles que estavam em surto, como, por exemplo, recém - internados.

Outro critério de escolha dos clientes foi o fato de ser somente internado nas enfermarias de média e longa permanência, independente de ser masculina ou feminina, devido ao fato deste ser o cenário do estágio extracurricular. Clientes dos setores de ambulatórios e da enfermaria de curta permanência foram excluídos da pesquisa por não se tratar do campo de estágio, e conseqüentemente, o tempo disponibilizado para a pesquisa nestes setores se tornava inviável.

Para a realização das consultas foi disponibilizada uma sala com espaço físico adequado para dois examinadores e um examinado, mesa com cadeiras, iluminação adequada, janelas, ventilação adequada e com todo o material para a realização da consulta disponível.

Após a realização da consulta, destacam-se os seguintes aspectos negativos:

1. falta de paciência em esperar a sua vez (por parte dos clientes), impaciência dos outros clientes que batiam constantemente na porta porque também queriam ser logo atendidos, resultando, muitas vezes, em invasão da sala destinada para as consultas;
2. falta de concentração dos pacientes durante as consultas, "a novidade" em ser exclusivamente consultado, sem a presença de algum outro familiar, mexeu com a concentração dos clientes, pois estes se sentiam felizes e importantes;
3. dificuldade, por parte de alguns dos clientes, em responder ao questionário elaborado, contando sua história pregressa de doença, assim como sua história familiar;
4. falta de apoio técnico (recursos humanos) para realização das referidas consultas, tornando-se estas muito longas;
5. falta de incentivo e apoio por parte dos outros profissionais da área da saúde que atuavam neste hospital.

Também se identificam os seguintes aspectos positivos:

1. cada cliente que era atendido se sentia grato e feliz com a atenção que lhe era dada, sendo bastante participativos e dispostos a colaborar;
2. a consulta visava prestar uma total atenção ao cliente, o qual saía satisfeito e lisonjeado;
3. grande adesão ao tratamento por parte dos clientes, onde os mesmos podiam também tirar dúvidas e dar sugestões sobre a sua terapêutica;
4. maior interação profissional-cliente cujo vínculo entre o cliente e o profissional de referência aumentava, criando um ambiente de maior confiança por parte do cliente;
5. maior oportunidade, por parte do profissional, em conhecer melhor seu cliente e estabelecer, a partir das consultas, um elo de confiança e vínculo;
6. possibilidade de oferecer uma consulta visando o cliente como um todo, com um olhar para o biopsicossocial, e não somente como uma "mente problemática";
7. percebe-se, a partir das consultas, as necessidades físicas e específicas de cada cliente atendido, sendo

então possível atuar junto aos profissionais para obtenção de uma assistência de melhor qualidade, eficácia e eficiência.

Através das consultas foram encontradas diversas alterações clínicas e físicas nos clientes, dentre elas: alterações cutâneas, como, por exemplo: escabiose, pediculose (lêndeas, ninfa e adulto), úlceras em I e II graus, ressecamento da pele, pequenas feridas, alopecias (queda geral ou parcial dos pêlos, principalmente dos cabelos, podendo extremar-se na calvície), manchas, etc; alterações biológicas, como: sinais de desidratação, sinais de desnutrição, sinais de pneumonia, sinais de tuberculose, assim como também sinais de obesidade, hipertensão, sinais de caquexia – estado de involução geral caracterizado por perda de peso, astenia e incapacidade de desempenhar atividades mínimas –, sinais de constipação, diarréia, retenção urinária, nictúria – aumento da eliminação da urina durante a noite, pode ser um sinal de insuficiência cardíaca, doença renal ou distúrbios edematosos –, disúria – dificuldade para urinar, pode produzir ardor, dor, micção intermitente etc., em geral corresponde a uma infecção urinária [13] etc; e alterações físicas, como: dificuldades na marcha e dificuldades para elevar e mobilizar os membros e dificuldades na fala.

E por fim, analisa-se a questão da higiene, como algo relevante para manutenção da saúde. Desta forma, identificamos a variável "higiene" como algo realmente pendente e difícil ainda de ser trabalhada junto aos clientes, assim, constatamos que muitas vezes a permanência de um quadro de alteração física/biológica é mantida e/ou surgida devido à questão da higiene que é pouco realizada pelos próprios clientes, mesmo quando esta é estimulada pela equipe de profissionais de saúde.

Conclusão

Por meio desta pesquisa, buscamos entender como deve acontecer uma consulta de enfermagem psiquiátrica, tendo como referência a literatura existente, avaliando se estas consultas são aplicáveis na assistência psiquiátrica.

Após uma ampla procura de um roteiro de consulta de enfermagem psiquiátrica, sem nenhum resultado positivo em diversas bibliografias, foi elaborado um roteiro para aplicação da consulta de enfermagem nesta área de atuação, sendo esta a unidade de internação de média e longa permanência do Hospital Municipal em questão no estudo.

Foi realizado um total de quinze consultas de enfermagem, sendo estas de grande relevância para a aquisição de conhecimento prático-assistencial para a acadêmica envolvida na pesquisa, para os profissionais da área de saúde do hospital em questão, como também foi de grande relevância para os clientes, pois estes puderam se expressar e obter uma assistência de forma integral, buscando não somente analisar seu aspecto psicológico, mas também suas alterações físico-biológicas, buscando com isso uma intervenção junto aos profissionais do hospital.

As consultas de enfermagem contribuíram para a aquisição de conhecimentos mais específicos para com as diversas patologias psiquiátricas, mesmo entendendo não ser este o objetivo do estudo, porém, compreendendo que este pode ser um outro fator positivo para a aplicabilidade da consulta de enfermagem em psiquiatria, pois manterá um vínculo entre a teoria, expostas na literatura, e a prática no campo de trabalho do profissional de saúde.

Avalia-se ser de grande relevância esta prática para o profissional enfermeiro. Devem-se conscientizar os enfermeiros desta área a irem à busca de um real entendimento desta prática e mais do que nunca da sua importância dentro da psiquiatria, pois é de fundamental importância não nos esquecermos de olhar para o indivíduo de nossa atenção como um ser único, complexo e sujeito às diversas alterações, tanto no âmbito emocional, como social e físico.

Logo, esta pesquisa é uma tentativa de buscar visualizar o cliente de forma integral, dentro de suas especificidades, centrada na realidade vivida pelo cliente.

Desta forma, avaliamos esta atividade como de fácil execução e de fundamental importância para um diagnóstico mais centrado no paciente, explorando suas necessidade e demandas, para que a partir de então, a assistência a esses pacientes possa ser de forma realmente integral.

Referências

1. Villa EA, Cadete MMM. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Rev Latinoam Enfermagem 2000;6(8):13-19.
2. Miranda CML, Oliveira RMP. Devagar que temos pressa – a enfermagem e o campo da saúde mental. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB; 2002.
3. Miranda CML. Enfermagem essa prática (des)conhecida. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB; 2002.
4. Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. In: Furegato ARF, Ivo ML Relacionamento interpessoal analisado à luz do referencial de Travelbee. Nursing 1999;2(10):18-24.

5. Brunner LS, Studdarth RS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
6. Stefanelli MC. Comunicação com paciente teoria e ensino. 2a ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993. p. 20-29.
7. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989. p. 58.
8. Tavares CMM. Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. Esc Anna Nery Rev Enferm 2002;6(1):107-17.
9. Esperidião E. A assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Rev Eletrônica Enferm 2000;3(1).
10. Cardoso MMS. Consulta de enfermagem: um processo de comunicação enfermeiro/cliente na construção da cidadania. Anuário 8º. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem 2002. [citado 2007 dez 20]. Disponível em URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo
11. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 34.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 34-48.
13. Murta GF. Dicionário Brasileiro de Saúde. 1a ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2006.

Anexo 1
Roteiro para consulta de enfermagem

Anamnese
Data: __/__/____
Prontuário _____

I - Identificação
Nome:
Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
Data de nasc. / / ou idade aparente se não souber informar
Naturalidade
Endereço
Telefones:

II - Dados clínicos
Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( )união consensual ( ) separado ou divorciado ( ) viúvo ( )outros _____ ( ) sem informação
Escolaridade: ( )analfabeto ( ) apenas escreve o nome ( ) 1° grau incompleto ( )1° grau completo ( ) 2° grau incompleto ( ) 2° grau completo ( ) outros_____
Profissão: _____ exerce alguma atividade remunerada no momento? ( ) não ( ) sim qual?_____
Recebe algum beneficio? ( ) não ( ) sim Qual?_____
É curatelado? ( ) não ( ) sim curador_____ tel:_____
Com quem reside?_____
Já fez tratamento em saúde mental? ( ) não ( ) sim.
Com quem? ( ) com psiquiatria ( ) psicólogo ( ) neurologista ( )
Onde? CAPS ( ) hospital - dia ( ) outros_____ ( ) sem informação
Qual foi o último tratamento?
Local _____ quando?_____
Faz/Fez uso de medicação? Quais_____
Nº. de internações anteriores? _____
Chegou ao serviço: ( ) demanda espontânea ( ) encaminhamento por setor da própria Unidade. Qual? _____( )encaminhado por outra instituição. Qual?_____
Queixa principal: _____
História da doença atual: _____

História de agravos clínicos:_____
Histórico familiar:_____

Exame físico
Aspecto de consciência:
Aspecto de higiene:
Medidas antropométricas: peso_____ altura _____
Estado nutricional:
Sinais vitais: Temperatura_____ Respiração_____ PA_____ FC_____
Pele e anexos:_____
_____
Cabeça/ pescoço_____
_____
Tórax _____
_____
Membros_____
_____
Prescrições de enfermagem:
_____
_____
_____

Artigo original

Vivências expressas pelos profissionais de enfermagem acerca da primeira morte de paciente

Ari Nunes Assunção, D.Sc.*, Eliana Fátima Sehnem**

**Enfermeiro/Psicólogo, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC,*
***Enfermeira, Universidade de Santa Cruz do Sul*

Resumo

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e está presente em todas as etapas da vida. Este estudo busca conhecer os sentimentos expressos pelos profissionais de Enfermagem ao defrontar-se com a morte pela primeira vez. Foi escolhido, como local de pesquisa, um hospital de médio porte que é referência regional. A metodologia utilizada foi do tipo qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, com questões abertas, que foram gravadas e transcritas na íntegra. A amostra do estudo constituiu-se de enfermeiros vinculados à instituição estudada. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados encontrados sugerem a necessidade de um adequado preparo do profissional de Enfermagem para enfrentar e assimilar a dinâmica da morte, seus significados e sentimentos, para desta maneira, englobar ações a serem realizadas.

Palavras-chave: educação em enfermagem, morte, atitude frente à morte.

Abstract

Experiences lived by nursing professionals concerning the first death of a patient

Nursing is a profession compromised with the human beings health, being present in at all stages of their lives. This study aimed to identify nursing professionals' feelings when they come face to face with death for the first time. The study took place in a medium size hospital that is a regional reference. The methodology applied was of qualitative method with exploratory and descriptive approach. Data collection was carried out through semi-structured interviews, with open questions that were recorded and transcribed in full. The research sample was composed by nurses who work at the institution mentioned. Data analysis was carried out through content analysis. The results suggested the need of proper education of nursing professional, in order to be able to face and assimilate the death dynamics, its meanings and feelings for establishing actions to be carried out.

Key-words: education, nursing, death, attitude to death.

Artigo recebido em 13 de setembro de 2007; aceito em 18 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Ari Nunes Assunção, Rua Augusto Spengler, 348, 96820-020 Santa Cruz do Sul RS, Tel: (51) 3717-4402, E-mail: arias@unisc.br

Resumen

Las experiencias expresas por los profesionales de enfermería acerca de la primera muerte de paciente

La enfermería es una profesión comprometida con la salud del ser humano y está presente en todas las etapas de la vida. Este estudio busca conocer los sentimientos expresos por los profesionales de enfermería al enfrentar la muerte por primera vez. Un hospital de mediano porte, que es referencia regional, fue elegido como lugar para estudio. La metodología utilizada fue del tipo cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo. La recogida de datos se dio a través de entrevista con preguntas abiertas, que fueron grabadas y transcriptas en su totalidad. El análisis de los datos fue hecho a través del análisis de contenido. Los resultados encontrados sugieren la necesidad de una mejor preparación del profesional de Enfermería para enfrentar y asimilar la dinámica de la muerte, sus significados y sentimientos, para, de esta manera, englobar acciones a ser realizadas.

Palabras-clave: educación en enfermería, muerte, actitud frente a la muerte.

Introdução

A morte é inevitável a todo ser vivo. A consciência dessa possibilidade é o que nos distingue dos outros animais. A grande maioria dos seres humanos apóia-se em religiões ou crenças que pregam a morte não como um fim, mas como uma passagem para imortalidade.

Entre os séculos V, VI até o século XII a morte fazia parte do cotidiano. Não era individualizada; era encarada com naturalidade e os sentimentos perante ela eram autorizados. Com o início do Cristianismo, a morte passa a ser individualizada e vista como fenômeno de perda. Inicia-se o desejo de abreviamento. A igreja passou a ditar comportamentos e atitudes mais adequados e contidos perante a morte [1].

No século XVIII e XIX, a morte foi dramatizada. Começam os períodos de luto, enterros e, devido ao sanitarismo, surgem os cemitérios públicos. Por outro lado, a sociedade do século XX, condena a expressão e vivência de dor. Assim, a morte passou a ser ocultada e disfarçada como se ela não existisse. Isso certamente gerou conseqüências do ponto de vista psicopatológico [1]. Desta maneira, este é um tema instigante devido à sua complexidade e à (des) informação. Entretanto, é fato indiscutível que os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, estão bastante ligados à questão da morte e ao processo que a engloba na vivência de seu cotidiano de trabalho.

Segundo esta linha de raciocínio, familiares e sociedade esperam atitudes do enfermeiro que possam servir de apoio no momento de dor. Mas, é importante dizer que nem sempre esse profissional está pronto para suportar a morte de seus pacientes, visto que toda sua formação profissional é voltada para o cuidado e recuperação de seus pacientes.

A experiência de morte no ambiente de trabalho do enfermeiro pode abalar psicologicamente o profissional, despertando diferentes sentimentos que podem interferir em atos ou ações a serem realizadas perante tal situação.

Neste contexto, a problemática em discussão faz repensar sobre a formação do profissional de enfermagem, quanto à sua capacidade de enfrentar a experiência de morte, lidar com seus sentimentos e, também, sua desenvoltura para trabalhar o fenômeno da morte com os membros da equipe de saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo principal conhecer os sentimentos expressos pelos profissionais de Enfermagem acerca da vivência da primeira morte de paciente.

Materiais e métodos

Neste estudo utilizou-se como indicativo metodológico a pesquisa qualitativa exploratória e descritiva [2,3]. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de questões abertas para a realização de entrevistas, que foram gravadas em fita-cassete e posteriormente transcritas na íntegra.

O estudo foi desenvolvido junto aos profissionais enfermeiros de uma instituição hospitalar de médio porte, referência regional para internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizada em uma cidade do Vale do Rio Pardo – RS. As entrevistas se processaram individualmente, em um local que assegurasse a privacidade do entrevistado, previamente agendado com dia e hora.

Ressalta-se o cumprimento dos preceitos ético-legais, de acordo com a Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde [4]. Assim, o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC (protocolo de aprovação do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa / SISNEP nº 244/06) e os participantes do estudo tiveram resguardados seus direitos, bem como foram mantidos sob sigilo e anonimato.

Resultados e discussão

Os dados foram analisados seguindo-se o método de análise de conteúdo, qualificando as falas dos sujeitos do estudo e estabelecendo a compreensão científica do conteúdo que foi o manancial de dados que emergiram da pesquisa, e foram organizados em temas, categorias e subcategorias [5].

No Tema 1, os sujeitos manifestaram o seu entendimento da morte considerando a crença religiosa. As categorias emergidas deste tema foram: crença na re-encarnação; identidade com duas ou mais religiões; imortalidade da alma; transição-passagem; morte como recompensa; morte como fim da vida; libertação do corpo físico.

Houve uma predominância da afirmativa de que o espírito renasce em outro corpo, o que levou à observação de que a expectativa de viver em outras dimensões e outras formas de expressão não são particularidades da doutrina espírita, pois mesmo aqueles que se declararam adeptos de outras crenças, manifestaram essa idéia de renascimento, de transição e passagem. A quantidade de pessoas que se declaram crédulas em mais de uma religião foi considerável.

Foi enfática a posição predominante dos sujeitos que entendem que a alma é perene e que a vida corpórea é finita. Logo, uma clara compreensão dos informantes que o corpo físico não significa a instância final da vida e que a alma, em forma de energia ou outra condição, permanece no universo.

Para os profissionais é incômoda e dolorosa a situação de sofrimento enfrentada pelos pacientes, sendo, então, a morte vista como a melhor recompensa para deixar de sofrer; o que está intrinsecamente ligado aos sentimentos que a morte desperta. A presença da morte é vista como motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, expondo-lhe a sua vulnerabilidade de ser mortal [6].

Foi citada também, a idéia de que ao morrer a pessoa já teria cumprido seu papel aqui na terra e, por isso, Deus estaria chamando-a. Assim como, a idéia de que Ele daria a recompensa dos céus para quem fez coisas boas, e o inferno para quem teve más atitudes. Há de se considerar que o encontro com Deus no fim da vida também foi colocado, o que faz com que as pessoas reflitam suas atitudes, temendo-as ou glorificando-as.

Discutir temas que decorram da fé ainda é um caminho inseguro e com várias armadilhas. Refletindo por este prisma, fica a sensação de que dependemos de estudos aprofundados em Teologia, Filosofia, Antropologia e outras áreas do conhecimento humanista. Neste estudo, procurou-se refletir sobre o que se extraiu das falas dos sujeitos.

Diante do que se apresenta, fica um desafio para que o leitor nos ajude a concluir e, ao mesmo tempo, continuar construindo este caminho que certamente apontará para mais de uma direção.

Outro fato evidenciado com o estudo foi a importância do não apego à matéria, ou seja, o corpo físico. Segundo os relatos, devemos nos envolver e valorizar o interior das pessoas, pois o corpo irá morrer, mas o interior segue.

O Tema 2 diz respeito ao como a morte é encarada no convívio profissional, e subdividiu-se nas seguintes categorias: morte não significa o fim da vida; espiritismo minimiza o confronto com a morte; temor em falar/pensar na morte; proporcionar morte com dignidade; reconhecer o limite da vida; morte precoce; frustrações diante das limitações; valorização da vida; falar é diferente de ver a morte; conflito pessoal/dúvidas; dor/sofrimento.

A partir das respostas pode-se inferir que, para os enfermeiros, a morte não é encarada como um fim. Os vários olhares nos fazem refletir sobre a necessidade de continuação, sendo colocado fora de cogitação o fim do "Eu" interior que habita cada um de nós seres humanos. Esse pensamento vem ao encontro das crenças espiritualistas, aonde algo sobrevive à morte física. Sobressaíram-se as colocações de que o espiritismo melhora o confronto com a morte.

O tema morte parece ter sido evitado em todo o texto. Sempre que se propôs essa temática, ficou evidente nas falas dos sujeitos que era mais fácil encaminhar o foco da discussão para o campo da crença religiosa. No entanto, não se pode contextualizar a fé como uma variável da análise.

Diante desse enfoque, torna-se complexo compreender a ambigüidade de sentimentos e pensamentos evidenciados ao se defrontar com a morte expressos pelos sujeitos, pois, segundo eles mesmos,

não gostam de pensar e nem muito falar a respeito desse evento. Então, como pode o profissional de Enfermagem estar preparado, ter equilíbrio nesse momento, para auxiliar tanto a equipe como os familiares que a ele recorrem, se, em seu íntimo, está em conflito? É provável que estejamos diante de uma controvérsia humana e profissional: ao mesmo tempo em que temos uma teoria e um discurso teórico e de condições educativas, estamos lidando com os nossos próprios temores e tabus.

Os profissionais mostraram-se empenhados em proporcionar uma morte com dignidade aos pacientes sob seus cuidados. Outro fato constatado nitidamente nas entrevistas é a dificuldade de enfrentar a morte de crianças, visto que os informantes referiram ser mais doloroso perder uma criança que um idoso. Para os mesmos, a criança é tida como fonte de vida, de aprendizado, e perdê-la causa enorme sofrimento e angústia. Porém, como é possível julgar que o idoso, só pelo fato de estar mais tempo vivo, já viveu o que deveria ter vivido? Assim "a vida parece depender mais de nossos projetos do que de nossas façanhas consumadas" [7].

Os enfermeiros mostraram-se frustrados com a impossibilidade de salvar as vidas que estavam sob seus cuidados. Ao promoverem o cuidado, ativam comportamentos de compaixão e solidariedade. Deste modo, diante da morte, o profissional abala sua auto-estima e experimenta sua incapacidade de assimilar e aceitar a morte do outro, assim como a sua própria morte [8].

Segundo as colocações dos sujeitos, falar em morte não é vivenciar, pois entendem que somente vivenciando um momento de morte pode-se aprender a lidar com ela. Assim, acredita-se que seja interessante desenvolver, durante a formação, o hábito de discutir mais sobre a morte, procurando envolver o aluno, estimulando a reflexão sobre a temática.

Percebe-se, através de um significativo número de falas, que a questão da morte desencadeia nas pessoas intensos conflitos, quando questionam as razões da morte e não encontram uma resposta concreta. Então a pergunta dá lugar a uma afirmativa duvidosa da existência de um ser superior que, na maneira de pensar dos sujeitos, deveria mudar o curso dos acontecimentos. Evidencia-se, assim, um momento de severas dúvidas: do saber profissional, da sua capacidade de decisão, da bondade Divina.

Os participantes foram enfáticos ao ressaltar que acompanhar o paciente no momento da morte gera dor e sofrimento, sendo difícil de encarar tal situação. Foi dito também que o profissional cria uma barreira, um modo de diminuir o sofrimento perante a morte. O cuidador é visto como alguém cuja integralidade não se pode questionar, sendo intocada. Com isso é esquecido que ele é um ser humano que cuida de outro, que há um despreparo psicológico e emocional que gera conflito, insegurança e medo, tornando suas atividades difíceis de serem realizadas e criando assim algum modo de se proteger frente a elas [9].

No Tema 3, os sujeitos relataram os sentimentos experimentados perante o primeiro contato com o evento morte. Este tema subdividiu-se nas seguintes categorias: fracasso; impotência; sentimento em relação à família; falta de preparo para lidar com a morte; morte de bebê; vínculo do enfermeiro com o paciente e o familiar; angústia; culpa pela impotência; acostumar-se com a morte; aceitação da morte; não-aceitação da morte; procedimentos traumatizantes.

Predominou a afirmativa de que, perante a morte, a impressão que se tem é de incapacidade. Frente a essa situação, se acresce a questão da formação dos profissionais ligados à área da saúde, que na maioria das vezes está voltada à qualificação de pessoas aptas a curar, tratar e prolongar a vida, sendo pouco aptas para assistir psicológica e humanamente pacientes que não vão se recuperar [10].

Os profissionais de enfermagem, ao serem espectadores da finitude do outro, ficam nas considerações da própria finitude. Assim, seus medos e anseios tornam-se evidentes à medida que constatam a limitação da vida e sua inércia frente ao fenômeno morrer [6].

Segue-se a constatação do sentimento de impotência vivenciado pelos profissionais frente à morte. Embora muitos deles tenham a sua versão de entendimento sobre a finitude, quando se deparam com ela, tornam-se inconformados. A inadequação perante a morte pode persistir por toda a vida profissional, principalmente para aqueles que a consideram como falha pessoal [11]. Assim, antes de cuidar do outro que está morrendo, precisa-se cuidar da emoção e do corpo dos que cuidam. Não se pode permanecer no paradigma de que a missão do enfermeiro é salvar vidas: deve-se entender que para tudo há limites e que a presença da morte como um limite da vida não significa impotência [12].

Ao referirem as preocupações em relação ao sentimento da família, os sujeitos destacam a necessidade de se ter um equilíbrio no momento da

morte, para dar apoio aos familiares. Assim como também percebem que o paciente sofre e causa sofrimento aos demais familiares; e muitas vezes sofre-se tanto quanto a família, sendo por vezes complicado dar a notícia do óbito.

Os sujeitos consideraram que há falta de preparo para lidar com a morte. Segundo os profissionais, desde a formação, o enfermeiro é preparado para lidar com vidas; não sendo preparado para enfrentar a realidade da morte, presente no quotidiano de trabalho. Esses sujeitos colocam que ninguém está preparado para a morte e que, na maioria das vezes, os profissionais criam uma barreira, um mecanismo de defesa.

Em uma instituição, os membros da organização acabam desenvolvendo mecanismos de defesa estruturados socialmente. Porém tendem a torná-los aspectos de realidade externa, com a qual novos e antigos membros da instituição entram em acordo [13]. "Mesmo intenso o sofrimento, é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas, para impedir que se transforme em patologia"[13].

O vínculo é estabelecido a partir do diálogo, sendo este fundamental para o indivíduo se realizar, certificando-se da importância de sua própria existência [9]. Assim, o cuidado de enfermagem deve ser uma experiência vivida por meio de uma interrelação pessoa a pessoa. Embora muitas vezes esse vínculo possa causar dor, ele é inerente a profissão. As falas dos sujeitos vem ao encontro das contribuições das autoras supracitadas, pois revelam que a presença do vínculo com o paciente e seus familiares interfere na intensidade do sofrimento.

Deste modo, a expressão dos nossos sentimentos e emoções no ambiente de trabalho não pode ser condenada. Ainda, "continuamente são trabalhados os sentimentos do cliente a que atendemos, e para tal, devemos também trabalhar e compreender os nossos sentimentos"[9]. O Enfermeiro, como líder da equipe, deve procurar conhecer seus medos e anseios frente à morte, descobrindo assim a melhor maneira de encará-la e despertando essa reflexão na equipe em que trabalha.

Tornou-se evidente neste estudo, segundo os enfermeiros entrevistados, que com o decorrer do tempo passam a se acostumar com a morte, sendo esta vista, então, como algo normal. Isso parece repercutir numa atitude de auto-defesa, em que a atuação dos profissionais restringe-se às técnicas. Essa coisificação do ser humano, justamente no momento que ele se encontra fragilizado, foi uma das preocupações que nortearam este estudo desde sua concepção.

Alguns profissionais vêem a morte como um processo natural. Outros, aceitam que ela é para todos, porém não se sabe quando ela vai chegar. A não aceitação da morte também foi citada. Nesta perspectiva, "se os homens fogem continuamente do pensamento da morte não é porque ela seja em si paralisante da vida, mas a fim de proteger os seus valores mundanos que cultivam com tanto esforço e abnegação" [10]. Seguindo o que pensa esse autor, vivenciar a morte do outro, inconscientemente, nos remete a nossa própria morte, porém, a imagem da nossa própria morte escapa à nossa capacidade de representação. Então, jamais estaremos frente a frente com a nossa própria morte, pois quando nós estivermos presentes, ela estará ausente, e quando ela estiver presente, aí nós estaremos ausentes.

No Tema 4 os sujeitos falaram livremente sobre o que pensam e como entendem o fenômeno morte e morrer. As subdivisões resultaram nas seguintes categorias: banalização da morte; medo da morte; morte causa saudade; sofrimento na fase terminal; finitude esperada; não sabem definir; adoecimento do profissional diante da morte; morte como passagem.

Na categoria banalização da morte, observou-se o freqüente uso de expressões esteriotipadas frente à morte. Recorre-se muitas vezes a eufemismos para expressar "sutilmente" a presença da morte, procurando evitar conflitos.

Pode-se estabelecer que há controvérsia do pensamento dos enfermeiros a respeito da morte, pois, na categoria medo da morte, foram várias as expressões de que a morte é uma coisa ruim, que assusta todo mundo, que é horrível, que não gostariam que ela acontecesse, relatando que sentem medo dela. Anteriormente, os sujeitos referiram que esta seria uma passagem para algo desconhecido, porém melhor do que onde estamos. Nasce assim o questionamento frente a essa ambivalência, pois, se os mesmos ressaltaram que a morte seria algo bom, por quê então temê-la?

Sob esta influência, a solidão no lugar da solidariedade, transforma a morte em vivência de destruição à vida. As pessoas vêem a morte como algo antinatural, uma incerteza traiçoeira que produz a angústia pela perda irrefragável da vida. A humanidade não sabe acolher a morte como dom Divino [14].

Constatou-se que o sentimento de saudade também é experimentado frente ao fenômeno da morte. Torna-se impossível descartar a sensibilidade que caracteriza os cuidadores, profissionais da Enfermagem [9]. Não podemos negar preocupações, felicidades, lembranças e angústias que sentimos frente às pessoas que atendemos nas mais diferentes situações, pois são esses sentimentos que nos caracterizam como seres humanos.

Nessa linha de reflexão, os sujeitos esboçaram que sofrem muito com a morte de seus pacientes. Resgata-se a visão de que "só existe uma maneira de evitar o sofrimento: evitando a vida e vivendo sem amor. Sofrer faz parte da condição humana" [15]. A intensidade do sofrimento vai depender da nossa relação com o que perdemos. Assim, cada perda é uma importante experiência de vida, à medida que nos proporciona um novo entendimento e uma nova consciência de nós mesmos.

Por mais que o paciente esteja em fase terminal, sofrendo e gerando sofrimento aos demais familiares, não nos cabe interferir no curso natural de sua vida. Alguns profissionais relataram imaginar a morte como uma finitude esperada, e ainda há os que afirmaram não terem medo da morte. O fato de definir a morte como finitude e não temê-la, pode significar que a pessoa assumiu a mortalidade da vida, a ponto de torná-la consciente.

Alguns enfermeiros ainda não souberam definir a morte. Assim, entendemos que a vida é tudo, e o outro lado representa uma interrogação aberta, pois, não temos elaborado nenhuma projeção singular da morte [14].

Os sujeitos entendem que diante da morte, fenômeno presente em seu cotidiano de trabalho, o sentimento do profissional fica interiorizado e por isso adoecem muito. Para nós seres humanos, o trabalho é visto como ponto de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento, pois se constitui em possibilidades de manutenção da saúde. Ele é benéfico, uma vez que aumenta a resistência em relação aos riscos de desestabilização física e mental. Porém, o mesmo pode ser o causador de patologias ao repercutir no psiquismo dos trabalhadores.

É de suma importância que os profissionais da saúde, enfermeiros ou não, tenham acesso freqüentemente à assistência, apoio psicológico, para desta maneira poder minimizar seus anseios, angústias e conflitos interiores; facilitando a execução do trabalho e o convívio com a diversidade de pacientes, preservando o bem estar físico e mental. Pois, entendemos que não se faz necessário esperar o esgotamento mental para só então proporcionar um auxílio psicológico. Antes dele acontecer já se pode ofertar apoio para que o triângulo hospital-paciente-profissional possa se beneficiar.

Conclusão

É provável que algumas pessoas questionem o porquê falar sobre a morte, se é na dimensão da vida que nos encontramos. Diante dessas questões é que se embasam os olhares e as reflexões lançadas sobre este tema. Como resposta, surge uma grande vontade de continuar discutindo, estudando e escrevendo sobre a temática, não porque a morte encanta, mas porque é um fato inevitável e que necessita ser desmistificado, especialmente pelos profissionais enfermeiros que, em decorrência da sua profissão, se defrontam com maior freqüência com o processo de morte.

É notável a dificuldade dos profissionais em assimilar, descrever e aceitar tal fenômeno que se encontra presente em seu cotidiano de trabalho. Ao falar sobre morte, percebe-se a interferência da questão religiosa, utilizada tanto para a definição de morte, bem como para uma melhor aceitação desta.

A vivência obtida junto à realidade dos sujeitos deste estudo permitiu constatar a diversidade de conceitos e percepções a respeito do fenômeno morte e morrer. A crença no espiritismo é notável entre os enfermeiros, justificada como sendo a melhor maneira de assimilação deste processo. Assim, tornou-se real a colocação da maioria dos sujeitos afirmando que o entendimento da morte e do que ocorre após esta é melhor esclarecido, entendido e mais reconfortante, se visto pelo viés da doutrina espírita. Sem a pretensão de questionar a visão e a concepção de outras religiões, este estudo evidencia que o espiritismo parece suavizar o sofrimento e o medo frente à perda.

Com essa análise, tornou-se evidente o pouco preparo dos profissionais enfermeiros ao enfrentar o fenômeno morte e morrer. A morte e sua percepção podem ser vivenciadas por todos os seres humanos, em qualquer momento de sua vida. Mesmo sabendo que nenhum treinamento fará com que as pessoas não sofram com o processo da morte, acreditamos que ao discutir de forma mais intensa e freqüente essa situação tende-se a ampliar as possibilidades de o acadêmico, futuro profissional enfermeiro, mudar

alguns de seus conceitos e valores. Dessa maneira, acreditamos que ao pautar a morte no processo de formação, se possibilita a construção de sentidos e se procura ampliar a familiaridade com o evento morte e morrer no ambiente de trabalho, criando condições para uma melhor assimilação. Ao mesmo tempo, reconhecemos que lidar com situações que implicam no sofrimento dos outros, requer que conheçamos e favoreçamos a expressão de nossos sentimentos, a fim de interagir com o sofrimento alheio, buscando a melhor maneira de amparar o outro (familiar e/ou equipe) em seu sofrimento, ou seja, intervindo para minimizar o seu sofrer.

Este estudo levantou alguns aspectos em relação ao sofrimento psíquico enfrentado pelos profissionais frente à morte. Nas instituições onde trabalham, muitas vezes, é mais visada a questão da produtividade, da intensificação do trabalho, do cumprimento de normas e rotinas. Assim, acaba-se esquecendo o lado psicológico destes profissionais, os quais deparam-se dia-a-dia com os mais diferentes tipos de sentimentos e sofrimentos que, ao permanecerem interiorizados, causam adoecimentos lentamente. Cabe ressaltar que, por vezes, alguns enfermeiros choraram, desconsolados e sensibilizados com as lembranças de suas experiências com a morte. Neste âmbito, acredita-se que deve haver uma maior preocupação em relação a uma assistência freqüente, planejada e seqüencial, que englobe questões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais do profissional de enfermagem.

Assim, o profissional de enfermagem deve agir racionalmente, com ética e empatia, defendendo convicções que acredita serem relevantes para o trabalho em Enfermagem, gerando mudanças que proporcionem prazer e satisfação frente à atuação profissional.

Considerando que este estudo mobilizou, entre os autores e também nos sujeitos da pesquisa, reflexões e reavaliações da trajetória profissional e dos confrontos com a morte, sente-se o comprometimento em estabelecer a seguinte consideração:

A sugestão de que outros estudos seguindo este tema, sejam desenvolvidos com os mais diversos olhares e possibilidades metodológicas. Assim, formar-se-á uma "corrente" de estudos que certamente virão a contribuir significativamente para as pessoas no momento da morte, mas, principalmente com aqueles familiares e profissionais que acompanham o desfecho da vida. Desta maneira, suprirá uma lacuna, detectada por esta pesquisa, acerca da escassa bibliografia referente a este tema.

Referências

1. Ariés P. História de morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Traduzido por: Siqueira PV. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
2. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Minayo MCS, ed. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
3. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 6a ed. São Paulo: Cortez; 2003.
4. Brasil. Resolução 196, de 16 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. [citado 2006 Jul 14] Disponível em: URL://http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Traduzido por: Reto A, Pinheiro A. Lisboa: Edições 70; 1977.
6. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(1):99-104.
7. Bonder N. Sobre Deus e o sempre. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
8. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 2a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto;1999.
9. Costenaro RGS, Lacerda MR. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? 2a ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2002.
10. Maranhão JLS. O que é morte. 4a ed. São Paulo: Brasiliense; 1992.
11. Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. 2a ed. São Paulo: Robe; 2003.
12. Martins JJ, Faria EM. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. Texto & Contexto Enfermagem 2002;11(1):222-40.
13. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Boff L. Ética da vida. 2a ed. Brasília: Letraviva; 2000.
15. Van Praagh J. A força da vida. Traduzido por: Geordane MHR. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.

Artigo original

La imagen y la representación del "cuidador-sombra" en el cotidiano de la persona con tetraplejía

Wiliam César Alves Machado*, Ana Paula Scramin**, Alexandre Carvalho Baroni***, Romeu Kazumi Sassaki****

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maringá – PR, ***Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – CONADE, Brasília – DF, ****Agência Nacional dos Direitos da Infância, Brasília – DF*

Resumen

Se trata de estudio exploratorio sobre la dependencia funcional que el tetrapléjico tiene de su cuidador, una vez que precisa de su presencia y ayuda para suplir menores necesidades de autocuidado y actividades de la vida diaria. El objetivo fue la reflexión sobre los elementos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que, aplicados a las limitaciones funcionales de hombres adultos con tetraplejía, puedan efectivamente reducir al máximo su dependencia del cuidador y su inhabilidad para las actividades de la vida diaria y autocuidado. La cuestión de investigación que planteamos es: ¿Cómo promover la autonomía y el acceso a los plenos derechos humanos de personas con alto grado de dependencia funcional, utilizándose de los actuales parámetros de funcionamiento? Los datos fueron colectados desde Junio de 2004 hasta Marzo de 2005, a partir de entrevista semiestructurada, realizada con 8 adultos acometidos de lesión medular alta y con experiencia como usuarios del cuidado domiciliario. Se optó por el análisis de contenido a partir de las siguientes categorías de significados: Interacciones con el cuidador-sombra: la inevitable invasión de privacidad; Expectativas y situaciones que constriñen: del compartir olores internos en la búsqueda de nuevos códigos funcionales del organismo. Se concluye que, no obstante revelados como elementos de gran valía para la autonomía de personas con discapacidad física severa, los componentes de la CIF continúan no siendo utilizados como parámetros en la enseñanza universitaria.

Palabras-clave: cuidador, personas con discapacidad; cuadriplejía, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, actividades cotidianas.

Artigo recebido em 26 de julho de 2008; aceito em 12 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Wiliam Alves Machado, Rua Silva Jardim, 5, Centro, 25805-160 Três Rios RJ, E-mail: wilmachado@uol.com.br

Resumo

Imagem e representação do "cuidador-sombra" no cotidiano da pessoa com tetraplegia

Trata-se de estudo exploratório sobre a dependência funcional que o tetraplégico tem de seu cuidador, uma vez que precisa da sua presença e ajuda para suprir menores necessidades de autocuidado e atividades da vida diária. Objetivou-se refletir acerca dos elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que aplicados às limitações funcionais de homens adultos tetraplégicos, efetivamente possam reduzir ao máximo sua dependência do cuidador e incapacidade para atividades da vida diária e autocuidado. A questão de pesquisa que se coloca é: como promover autonomia e acesso aos plenos direitos humanos de pessoas com alto grau de dependência funcional, utilizando-se dos atuais parâmetros de funcionalidade? *Os dados foram coletados de* junho de 2004 a março de 2005*, a partir de entrevista semi-estruturada, realizada com 8 adultos acometidos de lesão medular alta e com experiência de usuários do cuidado domiciliar. Optou-se pela análise de conteúdo a partir das seguintes categorias* de significados: Interações com o cuidador-sombra: a inevitável invasão de privacidade; Expectativas e situações constrangedoras: do compartilhar odores internos à busca de novas alternativas; e Corpo, cuidados e dependência: o aprendizado de novos códigos funcionais do organismo. Conclui-se que embora revelados elementos de grande valia para autonomia de pessoas com deficiência física severa, os componentes da CIF continuam não sendo usados como parâmetros no ensino universitário, em conseqüência disso, profissionais de saúde não estão habilitados para reproduzir tais ensinamentos para cuidadores domiciliares.

Palavras-chave: cuidador, pessoas com deficiência, tetraplégico, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, atividades da vida diária.

Abstract

The image and the representation of a 'shadow-caregiver' in the daily living of people with quadriplegia

This is an exploratory study on the functional dependency experienced by persons with quadriplegia in relation to their caregiver, since they need the presence and help of the caregiver in order to face lesser needs in self-care and activities of daily living. The study aimed at the identification the elements of the International Classification of Functioning, Disability and Health. These elements, once applied to functional limitations of male adults with quadriplegia, may effectively reduce to the utmost their dependency from the caregiver as well as their incapacity for the activities of daily living and self-care. The issue of this research was: How to promote the autonomy and the access to full human rights of people with high level of functional dependency, by utilizing the present parameters of functioning? Data were collected from June 2004 to March 2005, based on a semi-structured survey conducted with 8 adults with spinal cord injury who had experience as users of homecare services. Content analysis was done using the following categories of meaning: Interactions with the shadow-caregiver, the inevitable invasion of privacy; Expectations and situations that constrain like the sharing of internal odor to the search of new functional codes of the organism. In conclusion, it was found that, although revealed as elements of great value for the autonomy of people with a severe physical disability, the components of the *International Classification of Functioning, Disability and Health* continue to be not used as parameters in university teaching. As a consequence of this fact, health professionals are not qualified to reproduce such teaching to domiciliary caregivers.

Key-words: caregiver, disabled persons, quadriplegia, International Classification of Functioning, Disability and Health, activities of daily living.

Extraído de la disertación: Conviviendo con la tetraplejía: de la necesidad de cuidados a la integralidad en el cotidiano de hombres con lesión medular cervical. Maestrazgo en Ciencias de la Salud. Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Estadual de Maringá/PR, 2006.

Introducción

El proceso de exclusión social de personas con discapacidad o alguna necesidad especial es tan antiguo cuanto la socialización del hombre. La estructura de las sociedades, desde sus primordios, siempre inhabilitó a las personas con discapacidad, dejándolas a la marginación y privándolas de libertad. Estas personas, sin recibir respeto y atención, sin tener sus derechos reconocidos, fueron motivo para actitudes de prejuicio y acciones deshumanas [1]. Si, en el pasado, el individuo con alguna limitación era excluido de la sociedad a través de la muerte, este tipo de eliminación no es practicado hoy en día, pero ocurre una exclusión sutil a través de las instituciones, como cárceles, asilos y tantas otras que fueron creadas con este objetivo: segregar al "diferente" de la sociedad [2].

En una mirada retrospectiva histórica de la humanidad, se constata que la exclusión familiar y social de las personas con discapacidad o malformación congénita existe desde la Antigüedad Clásica. En Grecia, con la organización sociocultural de Esparta, la sociedad buscaba la perfección física o mental, y los niños con discapacidad física o intelectual eran considerados infrahumanos, lo que legitimaba su eliminación o abandono. Se puede decir, entonces, que no existía ningún proceso de interacción con tales individuos. Se inicia la era del renacimiento en fines del siglo XIV, con el desarrollo del humanismo que buscaba la valorización del hombre y de la humanidad, asociada al naturalismo con innovaciones en las investigaciones que trajeron avances en el campo de la rehabilitación física y, también, en la lengua de señas [2].

De un modo general, la Carta de las Naciones Unidas (1945), la carta de fundación del Tribunal de Nuremberg (1945-1946) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) son consideradas los marcos fundadores del derecho internacional de los derechos humanos. En líneas generales, se puede decir que la Carta reconoció como legitima la preocupación internacional con los derechos humanos, el Tribunal estableció la responsabilidad individual por su protección y la Declaración enumeró el conjunto de derechos civiles, políticos, económicos y sociales, considerados fundamentales, universales e indivisibles [3].

En cuanto a los derechos humanos, la Conferencia de Viena, de 1993, reafirmó la universalidad, la indivisibilidad, la interrelación y la interdependencia de los derechos humanos, la democracia y el desarrollo humano, en los cuales el sujeto central es la persona y no más el Estado. La Conferencia reconoció también la legitimidad de la preocupación internacional con la protección y la promoción de los derechos humanos, limitando, en este punto, el principio de la soberanía estatal. Además, ella previó la creación de programas de asistencia técnica, promovidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para incrementar la capacidad de los Estados de proteger y promover los derechos humanos, recomendando la creación del Alto Comisariato de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [4].

Factor de desencadenamiento de la desagradable sensación de inferioridad que uno siente en presencia de otras personas, la dependencia funcional constituye expresión de la dificultad o inhabilidad de realizar una actividad especifica debido a problema de salud o secuela neurológica, como lesión medular alta. No se puede huir a la realidad de que la existencia de una discapacidad funcional determina la necesidad que uno tiene de un cuidador, lo que de cierta forma suple una necesidad, pero también representa una amenaza a los derechos humanos esenciales, como el derecho a la privacidad. En el caso de este estudio, el cuidador encargado de ayudar a la persona con tetraplejía a desempeñar las actividades cotidianas y del autocuidado pasa a ser visto por el usuario como una imagen metafórica del "cuidador-sombra".

Se establece una relación de dependencia, frecuentemente prójima de los umbrales personales más íntimos, la cual, si no conducida con profesionalismo del cuidador y receptividad del usuario, tiende a ser caracterizada como invasión de privacidad. Cuidador es la persona que ofrece cuidados para suplir la incapacidad funcional, temporaria o definitiva. El cuidador puede ser informal o formal. La figura del cuidador ya es asimilada, en los países desarrollados, como un aparcero del equipo de salud, pero esto no ocurre en Brasil. En Inglaterra, se estima que más de seis millones de personas sean cuidadoras de individuos dependientes, en su mayoría viejos [5].

La permanencia de secuelas incapacitantes que imponen limitaciones motoras, sensitivas, sensoriales, de comprensión y expresión de pensamientos, puede alterar la dinámica de la vida de las personas, no solo a causa de las secuelas físicas que restringen las actividades de la vida diaria y las tornan, mu-

chas veces, dependientes de terceros para se mover y funcionar con mayor o menor independencia, pero también por comprometer sus posibilidades de administrar la vida personal y familiar [6]. A consecuencia de eso, la persona tiende a se tornar insatisfecha, frustrada consigo misma, hecho más agraviante para los hombres, como los sujetos de este estudio, por razones culturales de la sociedad occidental.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es un nuevo instrumento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mensuración de condiciones relacionadas a la salud. Aprobada en 2001, la CIF es presentada en este estudio como subsidio en sus varias utilizaciones, además de constituir la base para definiciones, medidas y formulación de políticas para la salud y para las discapacidades [7].

La OMS tiene hoy dos clasificaciones de referencia para la descripción de los estados de salud: La CID-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud) y la CIF. La utilización de la CIF estaba siendo aguardada con gran expectativa por los movimientos sociales organizados de personas con discapacidad e instituciones relacionadas. La falta de una definición clara de "discapacidad" e "incapacidad" ha sido apuntada como barrera para la promoción de salud de personas con discapacidad [8]. Hoy, la expectativa crece en el sentido de tornar más objetiva la discusión sobre las incapacidades y/o limitaciones de las personas con discapacidad física severa, teniendo como escenario los contextos domiciliarios donde los cuidadores desarrollan procedimientos de ayuda y cuidado a tales personas, de modo a les conferir mayor independencia funcional a partir de la implementación de los componentes de la CIF.

La CID-10 afirma que los impedimentos (disfunciones) — *impairments* — se refieren a la perdida o anormalidad de estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; las discapacidades — *disabilities* — reflejan las consecuencias del impedimento en términos de cualquier restricción o falta de habilidad para realizar una actividad de una manera o dentro de la amplitud normal para el ser humano; y las desventajas — *handicaps* — son aquellas resultantes del impedimento o de una discapacidad que limita o impide el cumplimiento de un rol que es normal para aquella persona. La CIF completa la CID-10 y es fundamental para definir parámetros y conceptos para aquellos que trabajan en el área de las personas con discapacidad. La CIF tiene un abordaje amplio y profundo, ayudando a los profesionales a describir y comprender el universo y la complejidad de la vida de estas personas [9].

La CIF describe el funcionamiento y la discapacidad relacionados a las condiciones de salud, identificando lo que una persona consigue o no consigue hacer en su vida diaria, teniendo en vista las funciones de los órganos o sistemas y estructuras del cuerpo, así como las limitaciones de actividades y de la participación social en el medio ambiente donde la persona vive. La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes. Y cada componente es formado por dominios. Así, la Parte 1 es intitulada *Funcionamiento y Discapacidad (*que cubre los dominios: 1) funciones; 2) estructuras del cuerpo; 3) actividad y 4) participación social) y la Parte 2 se intitula *Factores Contextuales* (que cubre los dominios: 5) factores ambientales y 6) factores personales). Los dominios 1, 2, 3, 4 y 5 pueden ser expresados tanto en términos positivos (funcionalidad de la integridad funcional y estructural; los factores ambientales como facilitadores) como en términos negativos (disfunción, limitación de la actividad y restricción de la participación). Por tanto, según este modelo, la discapacidad es resultante de la interacción entre la disfunción (sea orgánica y/o de la estructura del cuerpo) presentada por el individuo, la limitación de sus actividades, la restricción en la participación social y los factores ambientales, que pueden actuar como elementos que facilitan o como barreras para el desempeño de esas actividades y de la participación [10].

La asistencia domiciliaria, a su vez, se configura una realidad de trabajo que puede ayudar a sanar un poco la insuficiencia encontrada en la asistencia a la salud en el país, principalmente en el sentido de atender a la creciente demanda social por la figura del cuidador domiciliario de personas con discapacidad física severa, como es la mayoría de los sujetos de este estudio. Se destaca la gran importancia del cuidado prestado en el domicilio y de un cuidador con formación profesional especifica para trabajar en todos los niveles de asistencia. Una vez habilitado, el cuidador, bajo orientación y supervisión del equipo del Programa de Salud de la Familia (PSF), puede proporcionar no solo cuidados directos al usuario, sino también realizar un intenso trabajo de educación con los cuidadores informales y/o con los familiares, tornándolos aptos y seguros para la continuidad del cuidado. Prestar asistencia

no es solamente concretizar una nueva modalidad de asistencia a la salud, pero también tornar posible a las personas probar una nueva forma de atención a la salud, unida al conocimiento y a la tecnología. Es realizar asistencia basada en la realidad de cada individuo, proporcionándole cuidado individualizado y más humanizado [11].

Según la OMS, el 10 por ciento de las personas en los países del Tercer Mundo, en tiempos de paz, tiene algún tipo de discapacidad. En Brasil, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) estimó, para el año 2000, la existencia de 24,5 millones de personas con esta condición [9].

"Incluir" viene del latín "*includere*" y significa "colocar algo o alguien dentro de otro espacio/lugar". Este verbo latino, por su vez, es la síntesis del prefijo "*in*" con el verbo "*cludo*, *cludere*", que significa "cerrar, encerrar". Participa del origen de este verbo un sustantivo en portugués. Se trata del término "*claustro*". Claustro es un espacio del cual algunos ya "hacen parte", como en "espacio delimitado, con muro, rodeado". Además, el claustro recuerda una parte de un monasterio, propio de la vida conventual, espacio por veces prohibido a legos y seculares. Incluir será, pues, "entrar en el claustro", adentrarse en un lugar hasta entonces cerrado y que, por contener determinadas ventajas, no era compartido con otros [12]. Ponderaciones determinantes para se empezar a poner en práctica políticas públicas verdaderamente inclusivas, — y no significa que, siempre, tengamos que esperar que el poder público señale satisfactoriamente — más sustanciales cuando parten de las bases, fruto de la apelación y necesidad de miembros de este segmento de la sociedad, debidamente respaldados por sus familiares y movimiento organizado.

Esto implica admitir lo cuanto es preciso avanzar para incluir a todos indistintamente. En Brasil, la Constitución de 1988 [13] ya presenta los principios generales de la política de inclusión de personas con discapacidad, que viene siendo detallada en leyes complementarias, relativas, entre otros, a los aspectos educacionales, de accesibilidad y de incentivo al empleo. La adopción de las políticas inclusivas no ocurre de inmediato, teniendo se revelado un proceso irregular, con avances en algunos sectores y gran lentitud en otros. Sin embargo, se puede considerar que las propuestas inclusivas ya son dominantes en nivel de discurso y muestran algunas adquisiciones significativas en nivel de implantación de acciones [14]. Incluir implica necesariamente informar, en el caso de este estudio, aproximar a las personas de las fructíferas posibilidades de mayor autonomía beneficiándose de los elementos de la CIF.

Por consecuencia, se destaca que el objetivo de este estudio es reflexionar sobre los elementos de la CIF que, aplicados a las limitaciones funcionales de hombres adultos con tetraplejía, puedan efectivamente reducir al máximo su dependencia frente al cuidador y su limitación para las actividades de la vida diaria y el autocuidado.

Materiales y método

Objeto del estudio

La representación del "cuidador-sombra" como presencia indispensable e invasiva en el cotidiano de hombres adultos con lesión medular de nivel cervical.

Cuestión de la investigación

La cuestión que se plantea es: ¿Cómo promover acceso a los plenos derechos humanos de personas con alto grado de dependencia funcional, utilizándose de los actuales parámetros de funcionamiento?

Tipo de investigación

Estudio exploratorio, descriptivo, de campo y de naturaleza cualitativa. La investigación cualitativa ha sido valorizada, una vez que él trabaja con el universo de significados, representaciones, creencias, valores, actitudes, profundizando un lado no-perceptible de las relaciones sociales y permitiendo la comprensión de la realidad humana vivida socialmente [15]. El relato oral, por su vez, a través de los siglos, se revela como la mayor fuente humana de conservación y difusión del saber, o sea, la mayor fuente de datos para la ciencia en general; la palabra antecedió al dibujo y a la escritura. La escritura, cuando inventada, no fue más que una cristalización del relato oral. Además, la historia oral es tan antigua cuanto la propia Historia, pues ella fue la primera especie de historia [16].

Es importante destacar que la opción por el método cualitativo se basa en el hecho de que los abordajes cualitativos son capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas ultimas consideradas

como construcciones humanas significativas, tanto en su adviento cuanto en su transformación [17].

Así, el significado y la intencionalidad ocupan posiciones centrales en la investigación cualitativa; en esta, el significado es, muy frecuentemente, rescatado a través del análisis de los discursos de los actores en su rol como fuentes de información de la investigación y como sujetos sociales. Tales sujetos nos fornecen, a través de la mediación discursiva, las representaciones que componen la parte subjetiva de los trabajos.

Gran parte de las investigaciones cualitativas adoptan el "análisis de contenido" ya que, dando voz a los individuos, sería una de las formas más adecuadas para operar el rescate de las representaciones de los sujetos.

Sujetos

Los sujetos de la investigación fueron 8 hombres entre 22 y 45 años de edad, residentes en las regiones sur y sudeste de Brasil, que presentan secuelas medulares de nivel cervical hace un período que varía de 4 hasta 18 años de lesión. Son dos deponentes víctimas de arma de fuego, dos con causas resultantes de zambullida en aguas rasas, dos por accidente automovilístico, uno debido a golpeo de judo, y uno por accidente de motocicleta.

Criterio de selección

- Los deponentes fueron seleccionados previamente por el nivel de la lesión (C3 hasta C7), así como la dependencia funcional para cuidados y actividades de la vida diaria;
- Personas que presentan lesión cervical adquirida de forma traumática;
- Capacidad de comunicación verbal;
- Con interés en participar en la investigación, mediante la firma del término de consentimiento libre, esclarecido e informado.

Local de las entrevistas

La investigación fue realizada en el domicilio de la persona con tetraplejía, mediante contacto previo. Este contacto fue respaldado por la aprobación del Comité de Ética e Investigación Involucrando a Seres Humanos, de la Universidad Estadual de Maringá (COPEP).

Colecta de datos

Para colectar los datos se recurrió a las entrevistas semiestructuradas, realizadas en los meses de junio de 2004 hasta marzo de 2005, en el domicilio de los entrevistados, grabadas y, a continuación, transcriptas integralmente. Las entrevistas fueron realizadas de acuerdo a la disponibilidad de los sujetos sin un orden intencional. La duración de las entrevistas varió de 30 hasta 90 minutos. Ellas fueron realizadas individualmente por la investigadora, siguiendo el modelo de entrevista semiestructurada. La entrevista semiestructurada es una forma de colectar informaciones basadas en el discurso libre del entrevistado. Presupone que el informante es competente para expresar con claridad sobre cuestiones de su experiencia, prestar informaciones fidedignas, manifestar en sus actos el significado que tiene en el contexto en el cual ellos se realizan, revelando tanto la singularidad cuanto la historicidad de los actos, concepciones e ideas [17].

Se resalta que los relatos orales pasan a ser valorizados poco a poco por las ciencias sociales, a medida que se percibe que comportamientos, valores y emociones permanecen encubiertos en los datos estadísticos. Con el tiempo y con el avance de otras disciplinas, como la lingüística, la semiótica y la antropología, fue reconocido que el discurso del actor social tiene una lógica propia y se estructura como "lenguaje", pudiendo permitir la comprensión de fenómenos sociales que escapan a la observación fría y distante del investigador [18].

Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron analizados según la técnica de análisis de contenido, como propone Bardin [19]. Análisis de contenido, según este autor, es un conjunto de técnicas de análisis de comunicación con el fin de obtener, a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de mensajes, los indicadores que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes.

Implicaciones éticas

La investigación fue iniciada mediante aprobación del Comité de Ética Involucrando a Seres Humanos, de la Universidad Estadual de Maringá-PR, Brasil. Fue solicitada a los participantes la firma

del Término de Consentimiento Libre, Esclarecido e Informado, de acuerdo a la Resolución 196/96 del CNS [20]. Considerando las limitaciones funcionales de los sujetos relativas al comprometimiento motor de miembros superiores que les imposibilitan de firmar, quedó a criterio de cada uno autorizar su firma por una otra persona [testigo] o a través de la impresión digital. Para preservar la identidad de los sujetos se optó por denominarlos con nombres de metales resistentes, en una alusión a sus propios desafíos, teniendo siempre que se mostraren fuertes para transponer las situaciones vivenciadas en el cotidiano.

Resultados y discusión

Interacciones con el cuidador-sombra: la inevitable invasión de privacidad

Por más discreto que pueda ser el cuidador de la persona con discapacidad física severa y altamente dependiente, como es la mayoría de los tetrapléjicos, el hecho de que el cuidador tiene que compartir momentos privativos con aquella persona siempre repercute en una desagradable sensación de impotencia mezclada con inseguridad. Es preciso que la persona sea madura, desapegada de las cosas de la forma, para no se abatir con el hecho de tener que exponer sus olores internos, saber lidiar con pseudo-chantajes del cuidador sobre su eventual ausencia el día siguiente, después de constatar que su cliente recibió salario, etc. Sí, muchas veces, no hay como evitar que asuntos privativos lleguen a los capciosos oídos del cuidador. Exactamente por eso, toda forma que lleve a los objetivos beneficios funcionales son fundamentales para la autonomía y sentimiento de libertad.

> "La cuestión de la falta de privacidad con el 'sombra' es terrible. Principalmente cuando esta persona intenta apoderarse, hallar que usted sin ella no consigue hacer las cosas. Entonces, empieza a tener una situación de chantaje; conmigo ya aconteció de varias formas. Aquel sujeto que empieza a hacer exigencias que no fueron combinadas en la contratación, no era previsto, porque él halla que el cliente no va a conseguir solucionar sin él, como por ejemplo: *¡ah!, yo necesito usar tu coche porque sin él mañana no conseguiré llegar temprano. O: mira, yo no puedo venir mañana porque tengo que conseguir dinero porque mi hijo no lo sé… porque él sabe que tengo el dinero*." (Oro, 40 años)
>
> "Es invasivo, no me digas que nos es, tú siempre vas a estar expuesta. Que tu privacidad... Tú tienes que tomar mucho cuidado, porque a las veces tú piensas que la persona está haciendo las cosas por cariño, pero no está. Pero, mi relación últimamente está muy bien, ellos hacen lo que yo quiero, no tengo por qué reclamar en la parte profesional. La parte profesional está buena, pero a las veces la gente tiene que dejar pasar. Tenemos que tomar cuidado para que la persona no imponga a nosotros el gusto de ella, esto sería quedar sumiso. Es complicado porque, cuando estamos debilitados, ellos dirigen nuestra vida. A las veces, los otros pueden pensar que nuestra manera de pensar es arrogante; no es, pero tenemos que imponer nuestro modo de pensar y es complicado, porque nosotros queremos hacer las cosas a nuestro modo, sacar de un lado y poner en otro." (Plata, 45 años)

Las actividades y participación de la CIF, según la OMS [21], deben seguir parámetros pautados en el dominio de: aprendizaje y aplicación de conocimientos; tareas y exigencias generales; comunicación; movilidad; autocuidado; vida domiciliaria; interacciones y relacionamientos; grandes áreas de la vida; y vida comunitaria, social y cívica. Partiéndose de la premisa de que personas con lesión medular alta y tetrapléjica, en general, se presentan con movilidad física incipiente y limitada capacidad de coordinación motora para cuidado y higiene personales; también es evidente que ellas sufran más constreñimientos por el hecho de su cuidador invadir su privacidad cuando les tocan sus cuerpos para les prestar cuidados, o están atentas cuando hablamos sobre asuntos personales con otros miembros de la familia.

Investigando la invasión de privacidad que resulta del cuidado de enfermería prestado a las personas con discapacidad física severa, internadas en programa de rehabilitación en la ciudad de Río de Janeiro, en el final de los años 90, Figueiredo y Machado [22] llaman atención para el cuidado de los profesionales cuando, por fuerza de hábito y de intenso flujo de las rutinas de atención, acaban por exponer el cuerpo de estas personas a las miradas de visitantes y demás compañeros enfermos. Esta

exposición ocurría cuando auxiliares de enfermería estaban cuidando de ellas en el lecho y también durante el desplazamiento de la enfermería al cuarto de baño, en medio a un intenso tránsito de sillas higiénicas y de personas sentadas en estado casi desnudo. Se colectó impresiones y sentimientos de los clientes sometidos a tal procedimiento deshumano. Se concluyó que los enfermeros deberían ocuparse más del cuidado, haciéndose más presentes en las enfermerías, principalmente cuidando, supervisando y orientando el equipo para que se adoptasen conductas más comprometidas con la ética profesional.

Los componentes clasificados en la CIF correlativos a la categoría 'actividades y participación para el autocuidado', por lo tanto, de relevancia y aplicables a los sujetos de este estudio, se refieren al lavarse (bañarse), cuidar de partes del cuerpo, higiene personal relacionada con las excreciones, vestirse (calzarse), comer, beber, cuidar de la propia salud, más allá de otras modalidades de autocuidado, especificados o no [21]. Coyuntura propicia para se identificar de qué manera tales componentes pueden representar posibilidades concretas en la reducción de la dependencia funcional de estas personas. Recurrir a la tecnología asistiva puede ser una óptima alternativa.

Escuchemos las hablas de los deponentes, a partir de los menos para los más dependientes del cuidador:

> "No tengo un 'sombra'. Durante el día estoy por mi cuenta; creo que, obligatoriamente, necesito salir de la cama con 'María'. En verdad, no hay que haber un 'sombra', tiene que haber tecnología asistiva, creo yo. Pero, uno debe tener coraje también. Yo cuido de todo por mi cuenta, creo que debe haber un límite en cuanto a las dificultades que yo tuve con 'sombras' o asistentes, falta de autonomía, autonomía que yo siempre procuré. Todos estos recursos yo los busqué por causa de eso. He percibido cada vez más que tenemos derecho a la intimidad." (Oro, 40 años)
> "Los amigos desaparecieron y las personas que trabajan conmigo tienen sus horarios, no puedo abusar." (Plata, 45 años)

La capacidad funcional es un concepto amplio que comprende la habilidad en ejecutar tareas físicas, preservación de las actividades mentales y una situación adecuada de integración social. La incapacidad funcional ha sido evaluada como la dificultad de realizar determinadas actividades de la vida diaria, en razón de alguna discapacidad. El estudio de la capacidad funcional ha ayudado tanto a entender el cómo la longevidad ha sido vivida cuanto a contribuir para evaluar el estado de la salud de los viejos y personas con discapacidad [23]. Se sabe que la presencia de secuelas incapacitantes y/o enfermedades degenerativas puede generar diferentes grados de dependencia en las personas, influenciando sobremanera su vida diaria. De esta forma, la capacidad funcional ha sido considerada un destacable indicador en los procesos de rehabilitación, a partir del momento en el cual los profesionales de salud actuantes pasen a atenerse más en los componentes de la CIF.

> "Si yo pudiese pagar muy bien a un empleado, también no es posible exigir que él quede 24 horas a mi disposición. Entonces, uno tiene que tener esta flexibilidad. La dependencia física muchas veces incomoda, trae situaciones que no son agradables siempre porque uno necesita estar el tiempo todo con alguien. No hay como evitar esto, es decir, hay hora en que eso es complicado, por más que este alguien sea un familiar. Puedo decir que, en algunos momentos, esto es muy molesto. No hay como substraer esta persona de su vida. Si no es esta persona, será una otra. Entonces es mejor mantener la que no es tan buena, pero al menos se puede seguir con ella; si la cambiamos, vamos a correr el riesgo." (Cobre, 36 años)

El grado de dependencia de la persona con lesión cervical puede variar entre parcial y total, en una relación proporcionalmente directa con ganancias funcionales resultantes del proceso de rehabilitación a la que la persona tenga sido sometida. Es evidente que ni todos tienen acceso a los programas institucionales de rehabilitación; asimismo, aunque en carácter informal o domiciliario, con o sin orientación profesional especifica, todos encuentran alternativas que los conduzcan al sistemático empeño a través de ejercicios para se tornaren menos dependientes del cuidador [24].

En la dependencia total, el cuidador procede a la hechura de todo lo que diga respecto al cuidado corporal del tetrapléjico, incluso con maniobras in-

vasivas para estimular las funciones orgánicas básicas de micción y evacuación, trasportando, cambiando de posición en la silla y en el lecho, bañando, secando, vistiendo, calzando, ayudando en las refecciones, etcétera. Por otro lado, en la dependencia parcial, el cuidador puede situarse en términos de ayuda, orientación, entrenamiento, supervisión y evaluación de las ganancias funcionales para, gradualmente, ir pasando al tetrapléjico una mayor cantidad posible de actividades de cuidado con el propio cuerpo y de actividades cotidianas.

> "Yo tengo dificultades serias de confiar en otras personas y de estar en ambientes que no sean lo mío del cotidiano. Yo he aprendido a ser muy comprensivo en el sentido de intentar entender al máximo el ritmo de la persona para que no me quede desgastado. Entonces, en esta cosa de privacidad, yo siempre he impuesto los límites que precisaba imponer; para comenzar, ya establezco como las cosas funcionarían, si necesito hablar alguna cosa yo hablo, y en este caso yo digo para que tomen cuidado o yo voy a pedir para que me den permiso porque tengo una charla particular." (Cinc, 33 años)

Expectativas y situaciones constrictivas: del compartir olores internos a la búsqueda de nuevas alternativas

Los elementos de la CIF relativos a las funciones y estructuras corporales, participación activa y pasiva en actividades especificas, función digestiva, intestinal, urinaria, equilibrio hídrico, higiene y salud personal, actividades domiciliarias, limpieza de la casa, entre otros, demuestran el cuanto estas personas dependen de ayuda para vivir con más equilibrio en la incapacidad funcional [21]. Cuando se tratan de las eliminaciones fisiológicas siempre paira una atmósfera reservada, muy respetuosa, casi un tabú entre humanos civilizados. La eliminación involuntaria de flatos, orina y heces por personas con lesión medular, debería ser comprensible por parte de las personas en general; bastaría que los medios de comunicación divulgasen campañas educativas para que la sociedad tuviese oportunidad de aprender sobre la realidad del otro.

Lo mismo se aplica al observado en las hablas de los deponentes de este estudio.

> "Yo tengo mucho miedo de que el intestino funcione sin aviso, bastante miedo, tengo mucho miedo de las personas quedaren hablando. Si yo necesitar salir durante la clase, yo salgo, no quedo sufriendo. A las veces, yo quedaba me sacrificando con miedo de las personas hablaren." (Níquel, 22 años)
> "El intestino cambia, ¿no?, porque uno tiene que ajustarlo, ¿no? Yo lo he ajustado por lo menos una vez por semana, hasta dos veces por semana. Pero yo no tomo ninguna pastilla. El intestino funciona mas o menos dos veces por semana, no lo siento, ¿no?, no lo controlo... Yo quedo solo el día todo, ¿no? Entonces, nunca sé si, de repente, voy a evacuar o ocurre alguna cosa anormal, entonces yo uso pañales y el Uripen [colector urinario masculino]. Si escapar, el pañal ya está ahí para controlar, ¿no?" (Hierro, 25 años)
> "Esta cosa de dependencia en la tetraplejía es tal vez, en mi opinión, uno de los factores que más dificultan la socialización de las personas, que es cuando uno tiene que pedir para que hagan todo el tiempo todo. De las eliminaciones, la gente vive siempre sobre el hilo de la navaja. Nunca se sabe exactamente hasta que punto vamos a precisar o no de alguien y lo que es que va a ocurrir de hecho." (Cobre, 36 años)

La dificultad o incapacidad en la realización de las actividades de la vida diaria y del autocuidado representa riesgo elevado para la pérdida de la independencia funcional de personas en rehabilitación, lo que torna esencial investigar la concordancia entre la percepción del cuidador y la observación del profesional en cuanto a la capacidad funcional de estos clientes, tanto en su domicilio como en los ambientes institucionales [25]. Aquí, una vez más, se refuerza la relevancia de sintonía en los procesos de interacción entre cuidador y persona que recibe sus cuidados, sin la cual no hay perspectivas de éxito en términos de bienestar, promoción de la auto-estima, y progresivas ganancias funcionales. El uso del potencial creativo que todos tenemos puede ayudar bastante en el alcance de mayor autonomía.

> "He hecho un guindaste porque era siempre así: para poder salir de la cama, yo tenía que combinar esto con todos. Quien va a estar o no en la casa, porque era necesario por lo

> menos dos o tres personas. Entonces, con mis amigos 'inventores' como yo, hicimos un guindaste para me poner en la cama y tirarme. Con eso, pasé a tener más libertad." (Oro, 40 años)

Con efecto, el cuidar para emancipar se fundamenta en el realizar la gestión inteligente de la 'ayuda-poder' en la micropolítica del trabajo en salud, inserida en contextos socio-históricos productivos en correlaciones de fuerzas, capaz de crear escenarios propicios a la destrucción progresiva de asimetrías de poder [26]. Así, centrado en la persona como sujeto de su proceso de rehabilitación y en el desarrollo de tecnologías asistivas capaces de ayudar en la construcción de proyectos propios para la mejoría y/o recuperación de la salud. Enfocado en la valorización de los diversos saberes/valores de los profesionales de salud, familiares y cuidadores domiciliarios como productivas posibilidades de contribuir en el fortalecimiento de los potenciales que serán manifestados por las personas con discapacidad, tornándolas menos dependientes de ayuda y cuidado en el cotidiano.

> "Para salir dependemos, para bañar dependemos, hasta mismo para reír dependemos. Y ni siempre todos están disponibles. Entonces, esta es la mayor barrera. Fui vivir con mi madre porque no soportaba más quedar dentro del hospital, ¿no?" (Hierro, 25 años)

No es solo en Brasil que las mujeres son las grandes cuidadoras de los familiares discapacitados. Existe un cierto consenso entre los autores, y los datos colectados mundialmente indican que, excepto por razones culturales muy específicas, la mujer es la cuidadora tradicional. La literatura sobre cuidadores, en muchos países desarrollados, es extensa: las tentativas de conceptuar cuidadores formales e informales, o cuidadores principales y secundarios, y factores que designan el tipo de cuidador requerido para cada miembro de la familia dependiente. En estos términos, la literatura internacional apunta para cuatro factores, generalmente presentes en la designación de la persona que, preferentemente, asume los cuidados personales al discapacitado: parentesco (cónyuges); género (principalmente, mujeres); proximidad física (viven juntos) y proximidad afectiva (conyugal, padres e hijos) [27].

Las razones que llevan la mujer a ser asociada 'naturalmente' al rol de cuidadora tienen relación con el hecho de que la mujer es considerada como más próxima a la naturaleza y, consecuentemente, asociada a los cuidados, a la vida, a la muerte, o sea, al biológico, mientras el hombre es asociado a la cultura, a las relaciones sociales, políticas, etcétera. Cuando hijos e hijas viven lejos de los padres, son las hijas que tradicionalmente mantienen contacto con el sistema familiar. Son también las hijas que asumen el rol de cuidadoras, cuando esto se hace necesario. Por otro lado, los hijos hombres, cuando viven cerca de los padres, en general se tornan cuidadores solamente en rebeldía, cuando no hay una mujer para asumir este rol. Es importante subrayar que son las mujeres que normalmente procuran y cuidan de los lazos de parentesco, son ellas que mantienen fuertes estas relaciones [28].

La necesidad de redefinición de roles entre los miembros de la familia, el 'escogimiento' de alguien para asumir la responsabilidad de los cuidados y, en muchas veces, la adecuación del ambiente visando satisfacer las demandas del familiar enfermo que vuelve a la casa pueden causar un impacto económico y social que alteran la estructura familiar. Cuidar de una persona con discapacidad en domicilio, independientemente del factor determinante de la discapacidad, tiene aspectos semejantes en relación a las actividades desarrolladas por el cuidador. Lo que define las actividades del cuidador es el grado de discapacidad y no la patología que la causó [6].

Cuerpo, cuidados y dependencia: el aprendizaje de nuevos códigos funcionales del organismo

La experiencia de los deponentes de este estudio demuestra apertura para señales corporales alternativos en el ámbito del funcionamiento del propio organismo. Veamos el relato que se sigue:

> "No conozco nada de mi cuerpo. Solo por medio de los otros. Entonces, no conozco nada de mi cuerpo. Ahora, así, la cuestión de funcionamiento del intestino, estas cosas, yo ya las entendí, yo he aprendido a saber que es una cosa nueva. Entonces, yo no siento, no tengo dolor; entonces, cuando percibo que hay alguna cosa errada, siento una sudoración, el espasmo aumenta; entonces, esta es la parte que aprendí. Por ejemplo, quedé una semana sin ir al cuarto

de aseo por causa del intestino; entonces, yo percibí que llegó el momento porque empezó a incomodarme, empezó el espasmo; entonces es esto que yo aprendí sobre mi cuerpo. Pero, en relación a otras cosas, por fuera yo no conozco nada; solo por dentro; así, algunas agitaciones en el cuerpo, el hormigueo (bastante en las piernas). No llega aquella cosa de incomodar, yo no consigo entender; todo hormiguea y no es continuo, es una cosa que a las veces hormiguea, a las veces incomoda demás." (Hierro, 25 años). "Yo siento mucho escalofrío cuando la vejiga está llena. En el hospital me enseñaron a colocar una pequeña presilla con elástico en el Uripen [colector urinario masculino]; mientras no la quite, yo siento mucho escalofrío. Y, cuando estoy fuera de casa y solo, necesito volver a mi casa porque no consigo quitarla por mi cuenta. Con el intestino, el escalofrío es diferente. Solo con el tiempo la gente aprende. Y hay la cuestión de no transpirar también, que me incomoda mucho, ya me incomodó más. Yo no transpiro. Yo tengo estado en situaciones extremas como, por ejemplo, cuando mi vejiga está llena, el cuerpo siente la necesidad de avisar. Entonces, yo empiezo a transpirar en la axila e ingle, y en los pies." (Níquel, 22 años)

"Yo empiezo a querer transpirar, el cuerpo comienza a sudar, transpirar. Y el intestino: cuando él no funciona normalmente – porque yo voy los días alternados – yo procuro comer cosas que no prenden el intestino: papaya, ensalada, naranja, estas cosas." (Platino, 26 años)

La CIF es clara en la definición de sus componentes en el contexto de la salud [21], en la cual se entiende las funciones del cuerpo como funciones biológicas de los sistemas orgánicos (incluyendo las funciones psicológicas), mientras las estructuras del cuerpo son las partes anatómicas del cuerpo, tales como: órganos, miembros y sus componentes. Los impedimentos (lesiones o disfunciones) son problemas en las funciones o en las estructuras del cuerpo, tales como, un desvío importante o una pérdida. Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el cual las personas viven y conducen sus vidas.

Estudios sobre la práctica de utilización de la CIF en el ámbito institucional identificaron el estado funcional, las estructuras del cuerpo afectadas, las limitaciones que involucran la vida diaria de las personas con discapacidad en el aparato locomotor, enfatizando que sus principales impedimentos o lesiones están relacionados a las funciones de continencia urinaria, continencia fecal, de fuerza y de tono muscular [29]. Con efecto, corroborando con lo apuntado por los deponentes de esta investigación, constatase en sus hablas situaciones hasta mismo constrictivas relacionadas al control y eliminación de sus excreciones.

"La parte urológica, el intestino, esta es una cosa que incomoda bastante porque no se tiene ninguna autonomía sobre esto. Pero, cuerpo es cuerpo, gente no es máquina que se pueda programar para hace funcionar en cierta hora, de cierta forma, en cierto lugar. Esto es una cosa que genera no solo falta de comodidad, pero también sensación de inseguridad el tiempo todo, porque, es claro, ella puede acontecer de un momento a otro, ¿y entonces?" (Cobre, 36 años). "Tengo mucha preocupación con el funcionamiento de mi intestino. Si acontecer, aconteció. La única cosa es que las personas van a sentir un olor que no es agradable, pero, ¿qué hacer?, hace parte de mi rutina, y yo tengo que enfrentar eso." (Níquel, 22 años)

Cuanto al desarreglo de los profesionales de salud para atender personas con lesión neurológica o en rehabilitación, no obstante el gran número de discapacitados, los profesionales de salud aun encuentran innumerables dificultades en el cuidado de personas con discapacidad, en especial aquellas con secuelas de gran porte, severas y/o incapacitantes. Este desarreglo puede estar relacionado al hecho de que estas personas fueron excluidas de la sociedad a lo largo de los tiempos, pues durante mucho tiempo ellas fueron ignoradas y hasta mismo consideradas seres inactivos, que no deberían hacer parte de la sociedad; por lo tanto, quedaban clausuradas en sus casas [2,24].

Las frecuentes constataciones del escaso dominio de conocimientos de los enfermeros para asumir el cuidado y asistencia de clientes con discapacidad en rehabilitación necesitan nuevas iniciativas académicas dirigidas para la formación y calificación

de estos profesionales. Bajo esta perspectiva, la formación especializada en el área de Enfermería de Rehabilitación es considerada por los enfermeros especialistas como una más valía para la práctica de cuidados, comparativamente a los enfermeros generalistas [28]. Así, se evidencia la necesidad del proveimiento de mayor número de especialistas en el área de enfermería de rehabilitación, y compite a las instituciones de enseñanza en todos los países una solución en medio plazo, de los más ricos a los con mayores dificultades socioeconómicas, porque no se puede omitir que esta laguna tiene una dimensión internacional. Tal iniciativa irá contribuir históricamente para la promoción de la calidad del cuidado y asistencia de enfermería prestados a este segmento de la sociedad [30].

Por otro lado, Santos [31], enfermera y investigadora del cuidado en el área de enfermería de rehabilitación, en su doctorado estudió los significados que la persona atribuye a su experiencia en la condición de lesionada medular, buscando comprender las estrategias que tales personas utilizan para continuaren viviendo con mayor independencia e inclusión social. El estudio fue realizado con personas del sexo masculino y que vivieron la experiencia de sufrir un trauma neurológico de que resultó la lesión de la medula espinal. Es interesante observar entre los deponentes una viva disposición para redimensionar sus limitaciones y posibilidades, convergiendo fuerzas para una gradual superación de las limitaciones funcionales y nivel de dependencia para ayuda de cuidadores.

La evidente falta de preocupación de las universidades en abordar esta problemática acaba generando poco conocimiento sobre condiciones humanas en las discapacidades y formando profesionales no comprometidos con la causa, por lo tanto, no calificados lo suficiente para cuidar de un asunto de tal magnitud. La necesidad de interacción de los equipos transdisciplinarios es un factor importante en el tratamiento adecuado para personas con discapacidad y su familia. Desafortunadamente, esto ni siempre ocurre, y el nacimiento de un hijo con discapacidad acaba trayendo graves implicaciones en el ambiente familiar y en la propia sociedad [2].

Veamos cómo se expresan los informantes sobre la enfermería:

> "Las enfermeras no tienen noción de la lesión, ellas no están allí para te pasar información sobre si tú vayas a hacer así, si tú vayas a quedar de esta manera. Creo que quien pasó un poco de información fue el centro de vida independiente (CVI). Fue el CVI que me ayudó mucho con informaciones sobre intestino, vejiga, relación sexual." (Platino, 26 años).

Para finalizar, añadimos que la CIF es basada en un abordaje biopsicosocial que incorpora los componentes de salud en los niveles corporal y social. Así, en la evaluación de una persona con discapacidad, este modelo se destaca del biomédico (basado en el diagnóstico etiológico de la disfunción), evolucionando para un modelo que incorpora las tres dimensiones: la biomédica, la psicológica (dimensión individual) y la social. La incorporación del uso de la CIF en las prácticas de atención a la salud, teniendo en vista que se trata de la incorporación de una nueva tecnología, aunque ya viene siendo adoptada por diversos sectores y equipos transdisciplinarios, debe ser ampliamente averiguada en relación a su aceptabilidad y validad en diferentes áreas: su impacto en los cuidados de salud; su potencial para medir el estado funcional de los pacientes y su uso por los sistemas de información para elaboración de estadísticas de salud. Otro campo se refiere a las legislaciones pertinentes y a la implementación de políticas públicas para las personas con discapacidad [10].

Conclusión

No se puede perder de vista que los derechos humanos tienen un rol más relevante que ser apenas un presupuesto institucional u objeto del proceso político internacional. Ellos están en el cerne de este proceso, significan la vía de manifestación de fuerzas sociales, pues son la forma por excelencia de formulación de los intereses y de las identidades sociales en las sociedades democráticas. Debido a su carácter transnacional, ellos dan apoyo a la constitución de agentes colectivos y a la solución de problemas sociales, así como auxilian en la formulación de diagnósticos y programas de acción compartidos por los agentes internos a las democracias.

Es importante destacar que el cuidador familiar de personas con discapacidad precisa ser provisto con orientaciones sobre cómo proceder en las situaciones rutinarias, así como debidamente encaminado en aquellas situaciones donde tenga cualesquier dudas. Tales informaciones deben ser pasadas a través de

visitas domiciliarias periódicas, planeadas y ejecutadas por los profesionales de salud responsables por la región donde el cuidador actúe. Para tal fin, es fundamental que las universidades brasileñas y de los demás países asuman la urgencia de se trabajar más a fondo las implicaciones de los elementos de la CIF en sus cursos, no solo los elementos del área de salud, pero también todos los demás. Solamente así, podremos contar con profesionales preparados para la construcción de una sociedad verdaderamente inclusiva, igualitaria.

Referencias

1. Maciel MRC. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. São Paulo Perspec 2000;14(2):51-56.
2. Silva AF, Elsen I. Uma sociedade inclusivista para as famílias portadoras de membros com necessidade especial. Fam Saúde Desenv 2006;8(2):154-62.
3. Reis RR. Os direitos humanos e a política internacional. Revista de Sociologia e Politica 2006; 27(1): 33-42.
4. Koerner A. O papel dos direitos humanos na política democrática: uma análise preliminar. Rev Bras Ciênc Soc 2003;18(53):143-157.
5. Giacomin KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad Saúde Pública 2005; 21(5):1509-18.
6. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enfermagem USP 2005;39(2):154-63.
7. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiátrica 2003;10(1):29-31.
8. Di Nubila HBV. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2007.
9. Silva OMP, Panhoca L, Blanchman IT. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. Salusvita 2004;23(1):109-116.
10. Farias N, Buchalla CM. A Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005;8(2):187-93.
11. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(5):721-26.
12. Cury CRJ. Políticas inclusivas e compensatórias na educação básica. Cad Pesqui 2005;35(1):11-32.
13. Senado Federal. Constituição da República do Brasil. Brasília: Gráfica do Senado Federal; 1988.
14. Moraes ABA, Batista CG, Lombardo I, Horino LE, Rolim GS. Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. Psicol Estud 2006;11(3):607-615.
15. Gonçalves RC, Lisboa TK. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. Rev Katálysis 2007;10 (especial): 83-92.
16. Queiroz MIP. Relatos orais: do indizível ao dizível. Ciênc Cult 1987;39(3):272-286.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Camargo A. História oral e política. In: Moraes M. História oral. Rio de Janeiro: Diadorim, Finep; 1994.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
20. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
21. WHO. International classification of functioning, disability and jealth: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
22. Figueiredo NMA, Machado WCA. A nudez do cliente: o (des)equilíbrio no cuidado de enfermagem. Rev Enfermagem UERJ 1996;4(2):143-52.
23. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. Texto & Contexto Enfermagem 2007; 16(1):32-9.
24. Machado WCA, Machado VN. O autocuidado nas vivências clínicas e sociais do enfermeiro: refletindo perspectivas da enfermagem em reabilitação. Enfermagem Brasil. 2007;6(3):185-194.
25. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):655-62.
26. Pires MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(5):729-36.
27. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003;19(3):861-66.
28. Borges CF. Dependência e morte da "mãe de família": a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. Psicol estud 2003;8(especial):21-29.
29. Almeida MCR. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde - CIF: aplicação em um hospital público [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
30. Gomes BP. Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. Texto & Contexto Enfermagem 2006; 15(2):193-204.
31. Santos LCR. Re-dimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

Artigo original

A explosão da garrafa de álcool e suas vítimas: a enfermagem interligando a atenção primária e quaternária

*Maria Aparecida de Luca Nascimento, D.Sc., **Robson Bastos Lourenço, M.Sc.
***Flávia Cristina Cordeiro Biesbroeck, M.Sc., ****Rubens Ghidini Junior, *****Ellen Lima Giannini,
******Aline Ramos de Carvalho Pinto, M.Sc.

Enfermeira, Orientadora Acadêmica do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO),Coordenador da Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac - Universidade São Camilo, Professor da Universidade Estácio de Sá, ***Enfermeira da ANVISA, ****Enfermeiro do Hospital de Ipanema, Rio de Janeiro, *****Enfermeira da Casa de Saúde São José, Especialista em Terapia Intensiva, *******Enfermeira do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Professora Assistente da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)*

Resumo

Estudo descritivo exploratório que utiliza a abordagem quantitativa para atingir o seguinte objetivo: apresentar o número de pessoas que, apesar de informadas sobre os riscos da utilização da garrafa plástica de álcool líquido, junto ou próximo às chamas, continuam a utilizá-la, o que demonstra que o acidente em foco está diretamente relacionado às ações de orientação para a saúde, alocado nos programas que assistem à população na esfera da saúde pública. O instrumento de coleta de dados foi composto por uma entrevista estruturada, e a população alvo foi composta por 72 pessoas que compuseram uma amostra por conveniência, e que faziam parte da vida social dos seus autores. Entre os resultados mais significativos, obteve-se que 62 (86%) tinham conhecimento sobre o risco da explosão da garrafa plástica de álcool líquido, e que 79% adquiriam informações deste risco através dos veículos de comunicação. Estes números mostram que apesar de orientada, a população ainda se arrisca ao utilizar o referido líquido, o que ficou comprovado através de estudo e fontes citadas. Conclui-se que ao correlacionarmos os dois campos de atenção à saúde, primária e quaternária, onde a atuação da equipe de enfermagem é imprescindível, será possível observar, concomitantemente, a causa e o efeito do referido acidente, numa clara demonstração que o acidente pela explosão da garrafa plástica de álcool líquido, como todo acidente, pode ser evitado, banindo da vida social da comunidade, o sofrimento, a dor, o desgaste e as lesões a ele inerentes, provando que prevenir também é cuidar.

Palavras-chave: equipe de enfermagem, queimado, saúde pública.

Artigo recebido em 20 de junho de 2008; aceito em 25 de julho de 2008.
Endereço para correspondência: Maria Aparecida de Luca Nascimento, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Av. Pasteur 296, Urca, 22290-240 Rio de Janeiro, RJ, E-mail: gemeas@centroin.com.br

Abstract

Alcohol bottle explosion and its victims: nursing integrating primary and quaternary care

The present study is a descriptive exploratory research with a qualitative approach which aims the following objective: to show the number of people that, although they are aware of the risks of using plastic-bottled liquid alcohol close to flames, they are still using it, showing that the accident is related to health orientation actions that are assigned in programs that assist health public population. Data collection instrument was composed by a structured interview and target population was composed by 72 people that were part of the social life of the authors. Among the most significant results, it was found that 62 (86%) knew the risks of the explosion of the plastic bottled alcohol and that 79% obtained that piece of information through means of communication. These numbers showed that, even with orientation, the population is still using the above mentioned liquid. It was concluded that if we establish a relationship with the two health fields, primary and quaternary care, where nursing care is indispensable, it will be possible to observe, simultaneously, cause and effect of such accident and to show that plastic-bottled alcohol explosion accident can be avoided, excluding completely from the social life of the community the suffering, pain, weariness and lesions, showing that preventing is also caring.

Key-words: nursing team, burned, public health.

Resumen

La explosión de la botella de alcohol y de sus víctimas: la enfermería conectando la atención primaria y cuaternaria

Estudio descriptivo exploratorio que utiliza el abordaje cuantitativo para alcanzar el siguiente objetivo: presentar el número de personas que, aunque informadas sobre los riesgos de utilización de la botella plástica de alcohol líquido, junto o próximo de la llama, siguen utilizándola, lo que demuestra que el accidente en foco está directamente relacionado a las acciones de orientación para la salud, destinado a los programas de atención a la población en la esfera de la salud pública. El instrumento de colecta de datos fue compuesto por una entrevista estructurada, y la población objeto de estudio fue compuesta por 72 personas que compusieron una muestra por conveniencia, y que hacían parte de la vida social de los autores. Entre los resultados más significativos, se encontró que 62 (86%) sabían del riesgo de la explosión de la botella plástica de alcohol líquido, y que 79% adquirieron informaciones sobre este riesgo a través de los medios de comunicación. Estos números muestran que aunque orientada, la población todavía se arriesga a utilizar el referido líquido. Se concluye que si establecemos una conexión con los dos campos de atención a la salud, primaria y cuaternaria, donde la actuación del equipo de enfermería es imprescindible, será posible observar, simultáneamente, la causa y el efecto del referido accidente, demostrando que el accidente por la explosión de la botella de plástico de alcohol líquido, como todo accidente, puede ser evitado, expulsando de la vida social de la comunidad, el sufrimiento, el dolor, el desgaste y lesiones, comprobando que prevenir también es cuidar.

Palabras-clave: grupo de enfermería, quemado, salud pública.

Introdução

O presente estudo está relacionado à prática assistencial de enfermagem dispensada por dois de seus autores a pacientes grandes queimados, sendo que, cada uma delas, desenvolvida em hospitais e épocas diferentes.

No final da década de 70, surgia no Rio de Janeiro, no Hospital do Andaraí, do antigo INAMPS, o 1º Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) da América Latina.

O referido setor, considerado de referência continental, era dotado da mais alta tecnologia da época, sendo que as terapêuticas implementadas pelos profissionais das equipes de saúde que lá trabalhavam, de um modo geral, e da enfermagem, particularmente, eram pautadas nas mais recentes descobertas da ciência para esse tipo de paciente.

Entre as terapêuticas implementadas pela equipe de enfermagem, destacava-se a balneoterapia, a qual todos os pacientes eram submetidos diariamente. Além de todo o sofrimento que está implícito no tratamento do paciente grande queimado, a ele somava-se a realização deste procedimento técnico que espoliava emocionalmente todos aqueles que dele participavam.

O preparo do profissional para a execução do citado procedimento, haveria de ser tal, de modo

a subsidiá-lo com informações que pudessem, pelo menos, diminuir a sua susceptibilidade diante desta técnica, tão necessário quanto traumática [1]. Além disso, observava-se a importância das inúmeras ciências que incidiam sobre o nosso cuidado, pois, considerando a complexidade deste tratamento, precisávamos lançar mão, além das ciências biológicas, das ciências humanas e sociais [2].

Diante de tanto sofrimento, vulnerabilidade emocional, desgaste físico e emocional, custo do tratamento, altos índices de morbi mortalidade, a admissão de um grande número de pacientes queimados, vitimados pela explosão da garrafa plástica de álcool líquido, que, como todo acidente, poderia ter sido evitada, chamava a atenção de toda a equipe que trabalhava no CTQ.

O número de ocorrências de vítimas da explosão da garrafa plástica de álcool líquido podia ser constatado através das anotações de um livro onde a equipe de enfermagem anotava, no ato da admissão, os agentes causais responsáveis pelas queimaduras dos pacientes que eram internados, pois, neste setor eram atendidos, praticamente, todos os casos de queimaduras graves ocorridos, não só no Rio de Janeiro como também no resto do Brasil e na América Latina.

À época supramencionada, alguns movimentos sociais ocorreram contra o envasamento do álcool líquido em garrafa plástica, porém, esses esforços não ganharam vulto, oprimidos pelos interessados na comercialização do produto no referido vasilhame, e também porque, nesse tempo, a comunicação era falha, a internet não existia, e os canais de comunicação eram deficientes.

No entanto, observa-se que embora a tecnologia e a ciência das comunicações tenham avançado vertiginosamente, ainda hoje, as estatísticas da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) mostram que o quadro relativo à incidência de casos de grandes queimados, vítimas da explosão da garrafa plástica de álcool líquido não mudou.

Por oportuno, vale ressaltar que em virtude dos acidentes e do número de vítimas da explosão da garrafa de álcool líquido, várias entidades, entre elas: a acima citada (SBQ), a ONG criança segura, a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Paulista de Medicina (APM), e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) encaminharam aos canais competentes um manifesto no qual repudiam a continuidade da venda direta do álcool líquido acima de 46º INPM ao consumidor brasileiro. Entre as justificativas da divulgação deste documento, está o número de vítimas deste acidente por ano no Brasil, que é de 150.000 [3].

Entre o início da década de 70 e o ano 2000, trinta anos se passaram, porém, estudo mostra que a ocorrência do número de pacientes vítimas da explosão da garrafa plástica de álcool líquido continua a preocupar.

No início do século XXI, entre os anos de 2000 e 2002, o número de vítimas atendidas em um grande hospital de urgência da cidade do Rio de Janeiro variou conforme demonstrado no quadro abaixo, sendo que o número desses casos que resultaram em óbito (38%) é apresentado no quadro a seguir [4].

Quadro 1 - Demonstrativo do número de ocorrências de explosão de garrafa plástica de álcool, distribuídas de acordo com sexo, superfície corporal queimada (SCQ) e idade de suas vítimas, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002.

	Ano			Sexo		SCQ				Idade		
	2000	2001	2002	M	F	+20%	+40%	+50%	+60%	-20	+20	+50
Nº de ocorrências	14	27	35	45	31	53	9	9	5	10	50	16
Total	76			76		76				76		

Fonte: Livro de ocorrências de enfermagem da Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Municipal Souza Aguiar.

Quadro 2 - Demonstrativo do número de óbitos ocorridos em conseqüência da explosão da garrafa plástica de álcool líquido, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002.

Ano	Nº de óbitos
2000	5
2001	10
2002	3
Total	18

Fonte: Livro de ocorrências de enfermagem da Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Municipal Souza Aguiar.

A explosão da garrafa plástica de álcool líquido e suas vítimas

Em estudo anterior, ao serem analisadas criticamente as informações fornecidas à sociedade, e que são veiculadas pela mídia, observou-se que há um ruído na comunicação que trata desta informação. Segundo seus autores, após a análise de matérias informativas em veículos de comunicação, este ruído estaria, fundamentalmente, relacionado à falta da menção de que a garrafa plástica de álcool líquido é uma *bomba* em potencial [4].

Ainda segundo os mesmos autores acima mencionados, as vítimas da explosão da garrafa plástica de álcool líquido são, erradamente, denominadas de "queimados por álcool" e não "queimados por bomba". Este fato é corroborado pela observação das suas aparências, ao serem admitidos pelos profissionais da equipe de enfermagem nos hospitais quando lá chegam, assemelhando-se aos queimados de guerra.

Outro fato que merece destaque, diz respeito ao ruído que existe na informação de que a queimadura de álcool gel, por ser em camadas, é menos grave [5]**,** quando na realidade ela é menos grave, porque o álcool gel, ao produzir uma queimadura através do contato com a pele, provocará uma lesão que abrangerá somente a extensão desse contato, e mesmo que o gel seja envasado em garrafa plástica, não explodirá como no álcool líquido.

Ao analisarmos que a garrafa plástica tem a propriedade de se contrair e se expandir, por conta da sua conformação elástica, podemos inferir que ao ser comprimida, lançando um jato de álcool em direção às chamas e/ou brasas, a sua tendência natural, será, ao cessar a tensão que lhe deformou, aspirar a mesma energia para voltar ao seu estado inicial.

Porém, ao aspirar a mesma energia, ela virá acompanhada do ar atmosférico e da fagulha da fonte de calor sobre a qual ela foi comprimida, explodindo como uma bomba [6].

Sendo assim, a gravidade das lesões pela explosão de uma bomba está relacionada não só às queimaduras, como também aos efeitos da onda de choque no interior do corpo humano [7].

A partir desta explicação, é possível perceber que as informações veiculadas pela mídia, mesmo sendo a partir de profissionais da equipe de saúde, e mesmo que contenham todos os elementos necessários ao entendimento da sua dinâmica explosiva, ainda assim, não correlaciona este evento como acima exposto, fato que pode contribuir para o alto número de acidentes graves com o referido líquido.

Objetivos

Apresentar, quantitativamente, o número de pessoas que, apesar de informadas sobre os riscos da utilização da garrafa plástica de álcool líquido, junto ou próximo às chamas, continuam a utilizá-la, o que demonstra que o acidente em foco está diretamente relacionado às ações de orientação para a saúde, alocado nos programas que assistem à população na esfera da saúde pública.

Materiais e métodos

Estudo descritivo exploratório que utiliza a abordagem quantitativa para atingir os seus objetivos, sendo denominado desta forma por concentrar-se na mensuração de uma ou mais características.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista estruturada, composta de 3 perguntas fechadas e 1 aberta, que foram respondidas à vista do entrevistador, por 72 pessoas que compuseram a amostra por conveniência, sendo assim denominada por ser mais prontamente acessível como sujeitos do estudo [8:143].

No caso em apreço, as pessoas que compuseram a amostra por conveniência, pertenciam ao convívio social de alguns dos autores do estudo, e a elas foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme determinado pela Resolução 196/96.

Resultados

Tabela I - Distribuição das freqüências de acordo com os tipos de álcool utilizado pela população alvo.

Tipo de álcool	Fi	Fi%
Líquido	40	56
Gel	32	44
Total	72	100

De acordo com a Tabela I, observa-se que 56% da população alvo utilizam o álcool líquido nas suas atividades, e que, segundo a Tabela II, essas atividades são, na sua grande maioria (92%), desenvolvida no ambiente doméstico.

Tabela II - Distribuição das freqüências de acordo com as atividades onde o álcool é utilizado pela população alvo.

Tipo de Álcool	Fi	Fi%
Doméstica	66	92
Lazer	4	6
Escolar	0	0
Industrial	2	3
Outros	0	0
Total	72	100

A Tabela III, diz respeito ao conhecimento da população alvo sobre o risco de explosão da garrafa plástica de álcool líquido, em que ficou constatado que a grande maioria (86%) sabia do risco de explosão da garrafa plástica de álcool líquido.

Tabela III - Distribuição das freqüências de acordo com o conhecimento da população alvo sobre o risco da explosão da garrafa plástica de álcool líquido.

Conhecimento do risco da explosão	Fi	Fi%
Sim	62	86
Não	10	14
Total	72	100

A Tabela IV mostra que 79% dos componentes da população alvo foram informados sobre o risco de acidente com a garrafa plástica de álcool líquido, por meio dos veículos de comunicação mais comuns na nossa sociedade, entre eles, os jornais e a televisão.

Tabela IV - Distribuição das freqüências de acordo com a fonte de informação da população alvo sobre o risco de acidente com a garrafa plástica de álcool líquido.

Fontes de informação	Fi	Fi%
Vizinho queimado	2	4
Internet, jornais e TV	57	79
Período da escola	3	6
Experiência c/ parentes queimados	4	8
Experiência profissional	6	12
Total	72	100

Resultados e discussão

A partir do acima exposto, constatou-se que a população alvo tem conhecimento do risco da explosão da garrafa plástica de álcool líquido (86%), tendo acesso, inclusive, aos meios de comunicação mais comuns existentes em uma grande metrópole.

Porém, mesmo sabendo dos seus riscos, 56% ainda fazem uso do álcool líquido envasado em garrafa plástica, sendo a sua maior utilidade para os afazeres domésticos.

No entanto, ao compararmos, através do resultado de estudo retrospectivo apresentado, no qual ficou evidenciado o grande número do tipo de acidente em foco, podemos inferir que a referida informação não é suficiente para que o uso do álcool líquido, envasado em garrafa plástica, seja banido do uso cotidiano, até porque não há a divulgação concernente ao fato da garrafa plástica de álcool líquido poder ser comparada a uma bomba em potencial, conforme explicitado neste estudo, em parágrafo anterior.

Ao entendermos que todo acidente pode ser evitado, podemos dizer, como enfermeiros, que é importante observarmos, o quanto da atenção primária está contido na atenção quaternária.

Conclusão

Sendo assim, cumpre-nos citar, ao término deste estudo, que a convergência destes dois focos da atuação do enfermeiro poderá ser uma forma de evitar os acidentes por explosão da garrafa plástica de álcool líquido, demonstrando que esta divisão de campos é meramente conceitual e não pragmática, pois o alvo do nosso cuidado é o ser humano, onde quer que ele esteja.

Como uma estratégia a ser implementada, sugere-se que as estatísticas do número de ocorrências de atendimento, pela equipe de enfermagem, aos pacientes grandes queimados, vítimas de acidentes por explosão da garrafa plástica de álcool líquido, sejam a base para subsidiar a orientação de enfermagem na atenção primária.

Conclui-se que, ao correlacionarmos os dois campos de atenção à saúde, primária e quaternária, onde a atuação da equipe de enfermagem é imprescindível, poderemos correlacionar, concomitantemente, causa e efeito, numa clara demonstração que o acidente pela explosão da garrafa plástica de álcool líquido, como todo acidente, pode ser evitado, banindo da vida social da comunidade, o sofrimento, a dor, o desgaste físico e emocional, além das lesões a ele inerentes, porque prevenir também é cuidar.

Referências

1. Nascimento MAL. O estudante de enfermagem e as suas opções reativas frente ao banho terapêutico do

grande queimado [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); 1984. 114 p.
2. Nascimento MAL. O cuidado de enfermagem e as ciências que nele incidem. Enfermagem Brasil 2004;3(3):165-9.
3. Sociedade Brasileira de Queimaduras. Manifesto no dia nacional da luta conta a queimadura. 2008. [citado 2008 Jun 15]. Disponível em URL: htpp://www.google.com/html/sociedade brasileira de queimaduras.
4. Lourenço RB, Nascimento MAL, Figueiredo NMA, Leite JL, Ghidini Junior R. A comunicação ineficaz e a explosão da garrafa de álcool – Observações de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2005;39 (93):303-9.
5. Revista Época. Número de vítimas de álcool diminui, mas produto volta às prateleiras. [Citado 2004 jun 12]. Disponível em URL: http://www.revistaepoca.gobo.com
6. Nascimento MAL, Lima DVM, Cardim MG, Dantas RB, Ghidini Junior R, Giannini EL. Explosão da garrafa de álcool – Um caso de saúde coletiva. In: Resumos do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2006 nov. 5 – 9; Salvador; Brasil. Salvador (BA). CD-ROM
7. Lourenço RB. Diagnóstico simplificado sobre os riscos do uso da garrafa plástica de álcool líquido pela população – Reflexão e providências para uma enfermagem preventiva [dissertação de mestrado]. Rio de janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); 2004. 98 p.
8. Lobiondo WGL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 143

Anexo

Qual o tipo de álcool que você utiliza no seu consumo?
A - álcool líquido
B - álcool gel
Por quê?

Em qual atividade você utiliza o álcool?
A – doméstica
B – lazer
C – escolar
D - industrial

Você sabia que a garrafa plástica de álcool líquido é passível de explodir?
( ) Sim
( ) Não

Em caso afirmativo, como adquiriu esta informação?

Relato de caso

Hidrogel como terapia tópica no tratamento de queimadura térmica de segundo grau

Eloah de Paula Pessoa Gurgel*, Rosalete Landim de Castro Coutinho**, Karla Maria Carneiro Rolim, D.Sc.***, Antônia do Carmo Soares Campos, D.Sc.****, Renata Pereira Moreira*****, Fernanda Jorge Magalhães******

**Enfermeira Assistencial da Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), **Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), Especialista em Enfermagem Neonatológica (UFC), ***Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR, Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq), ****Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR, Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq), *****Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR, ******Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR, Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). Pesquisadora Bolsista do CNPq*

Resumo

Trata-se de um estudo que visa implementar cuidados de enfermagem, com a utilização do hidrogel, no tratamento ao recém-nascido (RN), com queimadura térmica de 2º grau, na perspectiva de minimizar os danos causados e reduzir o tempo de internação, por meio da promoção da cicatrização e prevenção de infecção, restabelecendo assim o vínculo mãe e filho. O cenário foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma maternidade de referência, na cidade de Fortaleza-CE, no mês de junho de 2005. A utilização do hidrogel como terapia tópica para o tratamento de queimadura térmica apresentou resultados satisfatórios por proporcionar um maior conforto ao RN, alívio da dor e um rápido processo de cicatrização. Concluímos que através de uma assistência de enfermagem diferenciada e humanizada e pela escolha adequada dos produtos tópicos, conseguimos restabelecer a integridade da pele que evoluiu para uma cicatrização total da lesão, possibilitando a alta do bebê e o convívio em seio familiar.

Palavras-chave: enfermagem neonatal, recém-nascido, assistência, enfermagem.

Abstract

Local therapy with hydrogel to treat second degree thermal burn

This study aims at implementing nursing care, using hydrogel to treat newborns (NB) with second degree thermal burn, in order to minimize damages caused and reduce time of hospitalization by promoting healing and prevention of infections, reestablishing the mother child bond. It took place in a Newborn Intensive Care Unit (NICU) of a reference maternity, in Fortaleza-CE, in June 2005. The use of hydrogel as a local therapy for treatment of thermal burn showed satisfactory results

Artigo recebido em 26 de maio de 2008; aceito em 18 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Karla Maria Carneiro Rolim, karlarolim@unifor.br, eloahgurgel@yahoo.com.br, rosalete@uol.com.br, ankardagostinho@terra.com.br, natinha_moreira@hotmail.com, nandaunifor@yahoo.com.br

as it provides a greater comfort to the newborn, relieving the pain and accelerating the healing process. Through a special and humanized nursing assistance along with the right choices of topic products for the therapy, we were able to establish the integrity of the skin which improves total wound healing, enabling the baby's discharge from hospital and their integration within one's family.

Key-words: neonatal nursing, newborn, assistance, nursing.

Resumen

Hidrogel como terapia tópica en el tratamiento de quemadura térmica de segundo grado

Se trata de un estudio que pretende implementar cuidados de enfermería, con la utilización del hidrogel, en el tratamiento al recién-nacido (RN), con quemadura térmica de 2º grado, en la perspectiva de minimizar los daños causados y reducir el tiempo de internación, por medio de la promoción de la cicatrización y prevención de infección, restableciendo así el vínculo madre-hijo. El escenario fue la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de una maternidad de referencia, en la ciudad de Fortaleza-CE, en el mes de junio de 2005. La utilización del hidrogel como terapia tópica para el tratamiento de quemadura térmica presentó resultados satisfactorios por proporcionar un mayor confort al RN, alivio del dolor y un rápido proceso de cicatrización. Concluimos que a través de una atención de enfermería diferenciada y humanizada y por la elección adecuada de los productos tópicos, conseguimos restablecer la integridad de la piel que evolucionó para una cicatrización total de la lesión, posibilitando el alta del bebé y la convivencia en el seno familiar.

Palabras-clave: enfermería neonatal, recién-nacido, asistencia, enfermería.

Introdução

A pele atua como uma interface entre o meio ambiente e o meio interno e oferece funções especiais para a sobrevivência do ser humano. É de fundamental importância o extremo cuidado com este órgão, tendo em vista que vários procedimentos levam a quebra desta barreira protetora. Por sua constituição, a pele do recém-nascido (RN), principalmente a do prematuro, pode facilmente sofrer lesões.

As queimaduras representam afecção freqüente no cotidiano das pessoas, causando lesões traumáticas resultantes do efeito térmico, químico, elétrico ou radioativo sobre as proteínas celulares [1]. A queimadura de 2° grau superficial caracteriza-se por destruição da epiderme e de alguns elementos da derme.

Esta lesão resulta em extensa hiperemia local e o aparecimento de bolhas. A ruptura espontânea das bolhas expõe as terminações nervosas resultando dor intensa no local da queimadura [2]. A escolha adequada da cobertura do curativo requer avaliação criteriosa, não só das inúmeras opções de tratamento existentes no mercado, como raciocínio clínico para indicar a cobertura ideal para cada paciente, ferida e situação.

Sabemos que a pele do RN, principalmente do prematuro é muito sensível e delicada e devido a sua constituição pode facilmente sofrer lesões. Nesse sentido, algumas intervenções de Enfermagem são necessárias como: manter a integridade da pele; prevenir injúria física e química; minimizar a perda insensível de água; manter a temperatura estável; prevenir infecções e proteção da pele do bebê quanto à absorção de agentes tópicos [3].

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é cenário repleto de equipamentos e rico em tecnologia. São muitos os profissionais envolvidos nos cuidados. A dinâmica dessa Unidade é sobrecarregada de contínuos movimentos e intervenções. No meio dessas atividades se encontra o bebê. Alguns pesando menos de um quilo. Todos necessitando de cuidados especiais. Necessitando de incubadoras para mantê-los aquecidos, de oxigênio para evitar asfixia, de sondas ou cateteres para alimentá-los. É inquestionável que a evolução da tecnologia tenha modificado o prognóstico e a sobrevida dos recém-nascidos.

Nos cuidados aos bebês na UTIN – que incluem o banho, a lubrificação com óleos emolientes e o uso de soluções cutâneas para anti-sepsia, fixação de adesivos para o apoio à vida e para os aparelhos

de monitorização, e cuidados com a perda de água e com a perda de calor –, torna-se um desafio para a equipe de Enfermagem manter a integridade da pele do bebê. Portanto, é de fundamental importância o extremo cuidado com este órgão, uma vez que vários procedimentos que são realizados na pele levam à sua ruptura [4].

É importante ressaltar que 80% dos bebês desenvolvem alguma injúria na pele até o primeiro mês de vida, principalmente o recém-nascido prematuro (RNPT). Nos países em desenvolvimento, a prevalência de sepse em bebês prematuros é de 30 a 60%, com uma mortalidade de 40 a 70%, sendo a septicemia a principal causa de mortalidade [1].

A equipe de Enfermagem tem, atualmente, um papel importante no tratamento de lesões, houve um despertar para esse cuidado, principalmente quando o paciente é um RN, internado em uma UTIN. O tratamento de qualquer lesão neste paciente deve ser personalizado, ou seja, devemos assistir o bebê como um ser singular.

Desde seu início, o *saber/fazer* da Enfermagem em UTINs é considerado importante e abrange muitas vertentes, em particular a humanística, carregada de muita subjetividade. Assim, a Enfermagem percebe o RN não como objeto, mas como sujeito ativo e receptivo do cuidado, independente de sua idade ao nascimento, e como capaz de interagir com a enfermeira e expressar suas emoções, o prazer, a dor, de buscar contato e dele fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado [5].

Portanto, a equipe de Enfermagem deve ser sensibilizada quanto à promoção de um cuidado singular, um cuidado direcionado a proteção da pele do bebê e a não exacerbação da dor em presença de lesões, como o toque carinhoso, a utilização de materiais apropriados e a observação ao manuseio essencial. Acreditamos que o cuidado a ser implementado na UTIN necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê.

A busca em atender as necessidades integrais do bebê conduz a equipe de Enfermagem a uma revisão da postura e da prática diária, sendo acrescentado a ela, o desejo de implementação do cuidado diferenciado, e para que essa prática seja contínua, devemos vivenciar situações que demandem estímulos, sensibilização e despertamento para o verdadeiro cuidar humano.

Nesse contexto, advogamos que o enfermeiro como gerente da equipe de Enfermagem deve distinguir-se na equipe sob sua responsabilidade pela presença efetiva, na UTIN, não abdicando do seu papel, que é essencialmente o cuidado de Enfermagem ao RN e à família, com competência, ética e sensibilidade [6].

Relatamos aqui, nossa experiência em implementar cuidados de Enfermagem, com a utilização do hidrogel, no tratamento ao RN com queimadura térmica de 2º grau, na perspectiva de minimizar os danos causados e reduzir o tempo de internação, por meio da promoção da cicatrização e prevenção de infecção restabelecendo assim o vínculo mãe e filho.

Materiais e método

Trata-se de um relato de caso vivenciado por enfermeiras que integram a assistência ao binômio mãe-filho. O cenário foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma Maternidade de referência, na cidade de Fortaleza-CE, no mês de junho de 2005. O período de acompanhamento ao bebê em estudo se estendeu por sete dias, totalizando cinco curativos que consistiram, basicamente, de limpeza com solução fisiológica, com aplicação de hidrogel sobre a área queimada com gaze estéril, e de membranas semipermeáveis com troca a cada 72 horas.

Em todo o percurso de assistência ao bebê, este foi fotografado após o consentimento livre e esclarecido da mãe. Durante todo o desenrolar do trabalho, mantivemos absoluta atenção ao que preconiza a Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde [7].

O cuidado com a pele do bebê

A pele é um órgão de proteção que atua como uma interface entre o meio interno e o meio ambiente e oferece funções especiais para a sobrevivência do ser humano. Ela tem importante função no controle da temperatura corporal, participa na sensibilidade ao toque, ao calor e ao frio, atua na produção de vitamina D, secreta queratina, melanina, sebo, suor e excreta água e eletrólitos através das glândulas endócrinas [8].

No RNPT a imaturidade estrutural da sua pele faz com que o estrato córneo e a epiderme apresentem uma camada mais fina, com permeabilidades

pouco desenvolvidas, causando mais perda de água pelo insensível, aumento da demanda calórica, perda de calor, aumento do potencial de absorção de toxinas, comprometendo assim sua função de defesa contra microorganismos, aumentando assim o risco de infecções [9].

Historicamente, o tratamento de feridas tem como filosofia, a proteção das lesões contra a ação de agentes físicos, mecânicos ou biológicos. Após a descoberta dos germes, no século XIX, a preocupação com a contaminação exógena por microrganismos, fez com que fossem instituídas técnicas de curativos cujo princípio básico era a manutenção da lesão limpa e seca, e o tratamento fosse realizado com soluções anti-sépticas [9].

Nos últimos anos, diversos estudos têm contestado o princípio de manutenção do curativo seco de lesões abertas (cicatrização por segunda e terceira intenção), demonstrando que a manutenção do meio úmido entre o leito da ferida e a cobertura primária fornece e aumenta a velocidade de cicatrização [10].

Nosso primeiro contato com o bebê foi estabelecido e, ao iniciarmos o processo cuidativo, observamos a escolha adequada da cobertura (Foto 1). Esta requer avaliação criteriosa, não só das inúmeras opções de tratamento existentes no mercado, como raciocínio clínico para indicar a cobertura ideal para cada paciente, ferida e situação. Embora existam inúmeros produtos disponíveis no mercado, optamos pelo hidrogel (Intrasite gel®), do laboratório Smith & Nephew, como cobertura primária e terapia ideal para o tratamento de queimaduras, por proporcionar alívio da dor e acelerar o processo de cicatrização (Foto 2).

O hidrogel é uma cobertura composta de goma de co-polímero gel amorfo, que geralmente contém uma grande quantidade de água (77,7%), carboximetilcelulose -CMC (2,3%) e propilenoglicol – PPG (20%). Este gel transparente e incolor amolece e remove o tecido desvitalizado por meio de debridamento autolítico [11]. O hidrogel é indicado para feridas com perda parcial profunda, feridas com tecido necrótico, áreas doadoras de pele, queimaduras de primeiro e segundo grau e dermoabrasões.

Em seu mecanismo de ação, o hidrogel amolece e remove o tecido desvitalizado através do debridamento autolítico (degradação natural do tecido desvitalizado); a água mantém o meio úmido; o carboximetilcelulose facilita a re-hidratação celular e o debridamento; o cloreto de sódio auxilia a hidratação, promovendo o meio natural de desbridar necrose; a goma xantana dá consistência ao gel; a ativação das enzimas controlando a flora bacteriana e ainda estimula a liberação do exsudato, colaborando para a formação do tecido de granulação e epitelização [12].

Após a aplicação do hidrogel, utilizou-se como cobertura secundária a gaze e a membrana semipermeável, (Foto 3) e a lesão foi avaliada após 72 horas do uso das coberturas.

Foto 1

Foto 2

Foto 3

Resultados e discussão

O tratamento levou a reepitelização e cicatrização da queimadura, como podemos observar nas Fotos 4 e 5, e redução do tempo de internação, evoluindo com melhora considerável do quadro por meio de ações cuidativas desenvolvidas pela equipe de Enfermagem, que de forma humanizada, contribuiu para favorecer o bem-estar ao pequeno paciente.

A reparação tecidual exige um ambiente local que facilite a epitelização, a formação de colágeno, a angiogenese e a contração da ferida. Essas exigências são atendidas satisfatoriamente em um ambiente local que mantém ótimas condições de temperatura, hidratação e adequado fornecimento de oxigênio e nutrientes.

Nesta última etapa do tratamento, optamos pela membrana semipermeável (Tegaderm®), 6 x 7 cm, do laboratório 3M Brasil, a qual tem a finalidade de manter a integridade da pele reconstituída (Foto 6). A membrana semipermeável é um material estéril, de poliuretano, com possibilidade de uso como cobertura primária ou secundária, indicado principalmente para oclusão de lesões planas e pouco exsudativas. Por ser transparente, facilita a visualização das características da lesão e permite maior mobilidade do paciente. Esta membrana tem como mecanismo de ação proporcionar um ambiente úmido, pois possui permeabilidades seletivas, permitindo a difusão gasosa e evaporação de água [13]. É impermeável a fluidos e a microorganismos, determinando assim, uma efetiva barreira a contaminação externa. Quando aplicado à pele do RNPT, a membrana forma uma segunda pele protegendo-o contra agressões do meio externo [14].

Dentre suas indicações, proporciona proteção da pele íntegra de escoriações e previne úlceras de pressão [15]. Portanto, dentre os benefícios à pele e conseqüentemente à saúde do RN, a película possui propriedades elastoméricas e distensível, sendo, portanto facilmente adaptável a áreas de contorno do corpo. É constituído de adesivo acrílico hipoalergênico, permitindo aderência somente à pele íntegra e não aderindo a superfície úmida, evitando o trauma após a sua retirada [2].

Os filmes são versáteis, podendo ser utilizados tanto como cobertura primária quanto cobertura secundária, sendo indicado, também para proteção de pele íntegra durante a fixação de cateteres vasculares. Aderindo a superfície úmida, evitando o trauma após a sua retirada. Ademais, os filmes de poliuretano reduzem a dor e promovem a epitelização das feridas [16].

Foto 4

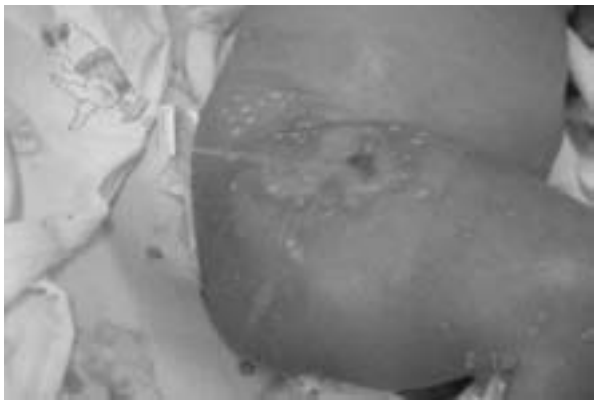


Foto 5

Foto 6

Conclusão

A ambiência da UTIN é marcada pela tecnologia, onde profissionais atarefados convivem e dividem o espaço com os bebês e com os vários equipamentos necessários para o suporte de suas vidas. Por muitas vezes, o cotidiano desta Unidade é permeado de intercorrências e situações estressantes

vivenciadas por todos da equipe interdisciplinar de saúde. Neste ambiente se destacam as enfermeiras e o cuidado por elas desenvolvido na assistência ao bebê e a sua família.

O cuidado de Enfermagem inclui a compreensão das características e da fisiologia do RN, o conhecimento do funcionamento, a manipulação de dispositivos mecânicos e a capacidade de reconhecer desvios sutis de sua evolução clínica, por meio de sinais e sintomas que o bebê emite, assim como a capacidade da enfermeira intervir no momento ideal e sensato.

Entre as condições preocupantes durante a assistência ao RN, a prevenção e o tratamento das lesões de pele exigem um cuidado particular, uma vez que a presença de feridas representa um fator complicador no estabelecimento da sua saúde. A escolha adequada do tipo de curativo certamente favorece a rápida recuperação da estrutura que, devido à sua extensão e suas funções, principalmente protetora e termo-reguladora, tem importância indiscutível.

A utilização do hidrogel como terapia tópica para o tratamento de queimadura térmica apresentou resultados satisfatórios por proporcionar um maior conforto ao RN, no alívio da dor e um rápido processo de cicatrização.

Concluímos que por meio de uma assistência de Enfermagem diferenciada e humanizada e, pela escolha adequada dos produtos tópicos, conseguimos restabelecer a integridade da pele que evoluiu para uma cicatrização total da lesão, possibilitando a alta do bebê e o convívio em seio familiar.

Referências

1. Hahn ALP. Pele do recém-nascido prematuro. [citado 2007 Mai 15]. Disponível em: URL: http://www.monografia pele.br/html.
2. Jorge SA. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
3. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal - Assistência ao recém-nascido de alto risco. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Cunha MLC, Mendes ENW, Bonilha ALL. O cuidado com a pele do recém-nascido. Rev Gaúch Enferm 2002;23(2):6-15.
5. Rolim KMC. Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira em Unidade Neonatal [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2006.
6. Campos ACS. Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia: pressupostos humanísticos [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Bioética 1996;4(2):15-25.
8. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
9. Goffi FB. Técnica cirúrgica - bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 1997.
10. Puzenat E, Aubin F, Zyka F, Fromentin CH, Humbert P. Cytostéatonécrose du nouveau-né compliquée d'une hypercalcémie. Ann Dermatol Venereol 2000; 127:1087-9.
11. Borges EL. Feridas como tratar. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.
12. Darmstadt GL, Dinulos JG. Neonatal skin care. Pediatric Clinics of North America 2000;47(4):757-82.
13. Mandelbaum SH, Di Santis E, Mandelbaum MHS. Cicatrization: current concepts and auxiliary resources - Part II. An Bras Dermatol 2003;78(5):521-522.
14. Bhandari V, Brodsky N, Porat R. Improved outcome of extremely low birth weight infants with tegaderm application to skin. J Perinatol 2005;25(4):276-87.
15. Pieper B. Mechanical forces: pressure, shear, and friction. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. St Louis: Mosby; 2000.
16. Frade MAC. Biomembrana de látex para tratamento de úlceras cutâneas. Revista Estima 2004;2(4):40-1.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2008;7(4)

Revisão

Aspectos emocionais e sociais no cuidado ao paciente ostomizado: um olhar da enfermagem

Wanderson Parrela da Silva*, Rosilene R. Palasson**, Célia Maria de Jesus Correa, M.Sc.***

Graduando do curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco, **Mestranda em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Pós Graduação em Aperfeiçoamento em Estomoterapia e Docente do curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco,*Docente do curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco*

Resumo

O impacto de ser ostomizado gera grandes desafios tanto ao profissional de enfermagem quanto ao sujeito ostomizado, sendo assim, grande parte da assistência de enfermagem a este paciente é focada no aspecto técnico. Este estudo teve como objetivo demonstrar a importância dos aspectos emocionais e sociais no cuidado ao paciente ostomizado com olhar da enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir de artigos selecionados que apontavam diversos aspectos de cuidado com o ostomizado, entre eles, o assistencial, o emocional, o social e o biológico. Os resultados demonstraram que a enfermagem discute com pouca ênfase os aspectos emocionais e sociais, assim realizou-se uma discussão ressaltando a importância desses aspectos no cuidado do indivíduo ostomizado. Concluiu-se que os aspectos emocionais e sociais são pouco discutidos, pois a enfermagem tem dificuldades em tratar desse paciente quando o objetivo é enfatizar esses aspectos.

Palavras-chave: ostomia, cuidados de enfermagem, enfermagem.

Abstract

Emotional and social aspects in caring for the ostomized patient: nursing view

The impact of being an ostomized person causes great challenges to the nursing professional as well as to the ostomized patient, and, therefore, most of nursing care is focused on the technical aspect. This study aims at demonstrating, from the nursing view, the importance of emotional and social aspects on nursing care to the ostomized patient. This is a bibliographical review where different aspects of care given to the ostomized patient were selected, such as: assistential, emotional, social and biological. The results showed that nursing discussed with little emphasis the emotional and social aspects, thus a discussion was performed, pointing out the importance of these aspects of caring to the ostomized subject. We concluded that the emotional and social aspects are little discussed, as the nursing professionals have difficulties in dealing with this patient when the objective is to emphasize these aspects.

Key-words: ostomy, nursing care, nursing.

Artigo recebido em 9 de julho de 2008; aceito em 2 de setembro de 2008.
Endereço para correspondência: Wanderson Parrela da Silva, Rua Orpheu Bais, 330 Bairro Amambaí 79005-440 Campo Grande MS, E-mail: wparrela@hotmail.com

Resumen

Aspectos emocionales y sociales en la atención al paciente ostomizado: una visión de enfermería

El impacto de ser ostomizado genera grandes desafíos tanto al profesional de enfermería como al sujeto ostomizado, en consecuencia gran parte de la atención de enfermería a este paciente está enfocada al aspecto técnico. Así, este estudio tiene como objetivo demostrar la importancia de los aspectos emocionales y sociales en la atención al paciente ostomizado desde una visión de enfermería. Se trata de una revisión bibliográfica realizada a partir de artículos seleccionados que señalaban diversos aspectos de la atención al ostomizado, entre los cuales podemos citar, el assistencial, el emocional, el social y el biológico. Los resultados demostraron que la enfermería discute con poco énfasis los aspectos emocionales y sociales, por eso se ha realizado una discusión resaltando la importancia de estos aspectos en la atención al individuo ostomizado. Se concluye que los aspectos emocionales y sociales poco se discuten, pues la enfermería tiene dificultades en tratar de este paciente cuando el objetivo es enfatizar estos aspectos.

Palabras-clave: ostomía, atención de enfermería, enfermera.

Introdução

No mundo os tumores malignos no cólon e reto ocupam a quarta posição das causas mais comuns de câncer com 945 mil novos casos e a segunda maior causa entre os países desenvolvidos. No Brasil, em 2006, estimou-se que houvesse cerca de 11.390 casos em homens e 13.970 em mulheres, sendo esse tipo de câncer o quarto mais freqüente em homens na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste e nas demais regiões ocupando a quinta e sexta posição; em mulheres o segundo mais freqüente na região Sudeste, terceiro nas regiões Sul, Centro-oeste e Nordeste, enquanto na região Norte ocupa a quinta posição [1].

As patologias do trato gastrintestinal levam muitas vezes à realização de uma cirurgia radical resultando em uma ostomia, que caracteriza em exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas [2], sendo que pode ser de caráter definitivo ou temporário [3]. As causas externas como ferimentos com arma branca ou arma de fogo e os traumas/mutilações por acidentes são fatores desencadeadores para a realização da ostomia. Sendo assim, ostomia é uma das mais importantes realizações cirúrgicas por possibilitar uma sobrevida aos pacientes acometidos por esses males.

Entretanto, o impacto de um ostoma na vida de qualquer pessoa traz conseqüências que refletem em diferentes aspectos, entre eles, o biológico, o emocional, o social e o espiritual, sendo a alteração da auto-estima uma das mais importantes [4].

Logo no início de convívio com o ostoma não é raro que o paciente prefira à morte ao ostoma. Mas com o passar do tempo, a pessoa consegue um mínimo de aceitação, pois vivenciará estágios de negação, ira, barganha, depressão e aceitação [5].

A ostomoterapia como especialidade existe no Canadá e EUA há mais de três décadas. No Brasil, em 1990, foi criado o primeiro curso de especialização para enfermeiros em ostomoterapia a fim de democratizar e organizar a assistência de enfermagem aos ostomizados [6], porém, ainda no Brasil, esse cuidado não é somente realizado por enfermeiros especializados.

Assim, o profissional de enfermagem tem um papel importante frente ao cuidado com o paciente ostomizado, pois passa a lidar com o enfrentamento e muitas das vezes com a rejeição desses estágios e desses aspectos.

O cuidado técnico desses pacientes é importante, porém necessita-se de cuidado que vá além, enfocando as necessidades tanto emocional como social, sendo assim é importante abordar em seu tratamento a sua vida emocional e social a fim de evitar e proporcionar a esses indivíduos uma vida social ativa e sem preconceitos pessoais.

Tratar o ostomizado abordando o aspecto emocional e social é promover uma vida social mesmo estando com ostoma, assistindo esse indivíduo como ser humano igual a todos e mostrando ao portador de ostoma que ele é capaz de um convívio social sem restrições.

Objetivo

Demonstrar a importância dos aspectos emocionais e sociais no cuidado ao paciente ostomizado com olhar da enfermagem.

Materiais e método

Este trabalho caracteriza-se como estudo de revisão bibliográfica, sendo realizada a partir do banco de dados Lilacs, Bireme e Scielo. Utilizou-se as palavras-chave: ostomia, estomia, ostomizado e estomizado para levantamento de material bibliográfico, limitando o período de suas publicações de 1996 a 2006, sendo selecionados somente os publicados por enfermeiros, na língua portuguesa (nacional) e os estudos com adultos. Foram excluídos os estudos com crianças e os que tratavam de ensino em ostomoterapia.

Foram encontrados um total de 95 artigos com essas palavras-chave, sendo excluídos os que não se adequaram ao objetivo metodológico, assim destes adequaram-se 9 artigos, sendo 8 da Revista Latino-Americana de Enfermagem e 1 da Revista Brasileira de Cancerologia.

Após o fichamento podem-se identificar diversos aspectos abordados nos artigos, entre eles, o assistencial, o social, o emocional e o biológico. Assim, com base nos aspectos e no objetivo do trabalho, desenvolveu-se a discussão, destacando os aspectos citados nos artigos.

Resultados e discussão

Cada profissional de enfermagem abordou nos artigos pesquisados diferentes aspectos de assistência aos pacientes ostomizados/colostomizados, os aspectos citados demonstram que cada um estuda o que é de dever de sua área de atuação, gerando estudos estritamente técnicos. Os aspectos emocionais e sociais são citados em todos os artigos, entretanto com pouca ênfase.

Como aspecto assistencial é citado o cuidado como um desafio para todos os envolvidos no processo de cuidar da pessoa ostomizada, portanto a busca por uma melhoria nas condições de atendimento. Além do mais é necessário que os profissionais de saúde não restrinjam os cuidados, apenas na entrega de materiais e ao ensino de como manusear o equipamento coletor e estoma, mas, sim, realizem a integração da pessoa ostomizada, incentivando-a a ter uma vida social ativa, mesmo com suas limitações [5].

Também foi ressaltada a importância da demarcação do ostoma, constituindo em um procedimento fundamental no período pré-operatório, pois está diretamente ligada a reabilitação dos pacientes ostomizados, assim favorecendo um maior conforto durante sua adaptação [7].

A técnica da auto-irrigação intestinal é citada neste estudo como aspecto educacional, pois ela possibilita à pessoa controlar as eliminações intestinais e, com isso, sua reinserção nas atividades sociais, minimizando os traumas emocionais e sociais. Mesmo sabendo de seus benefícios, é importante uma criteriosa avaliação do paciente, das suas condições biológicas, emocionais e socioculturais, esclarecendo todas as dúvidas que surjam, deixando que o colostomizado decida sobre sua realização ou não da técnica [4].

Nota-se que foram abordados os tipos de assistência à pessoa portadora de ostoma, porém sempre os autores ressaltam a importância do profissional no cuidado emocional e social destes pacientes, destacando que a assistência não se resume somente ao cuidado, e, sim, na avaliação sócio-emocional deste paciente, visando o bem-estar e um convívio normal com a sociedade.

Como aspecto estrutural foi citado em apenas um dos artigos que ressaltou a importância da melhoria do atendimento e melhores condições ambientais para atendimento destes pacientes, além de citar, conforme a legislação, que os ambientes públicos devem ser adequados para melhor convívio do ostomizado e readequação a vida social.

É lembrada a importância da religiosidade, independente de crença, sendo uma fonte para o enfrentamento do ostoma [8].

Nos aspectos sexuais, ressalta-se o medo e a dor, os quais afastam os desejos sexuais, e a escassez de orientação e de diálogos dificultam para que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida dos ostomizados, sendo essa situação perigosa, geralmente resultando em crise. Por isso, a importância da orientação tanto do sujeito portador de colostomia como do seu parceiro sexual. Também os profissionais de saúde necessitam de preparo específico no sentido de atender aos questionamentos concernentes à sexualidade, sobretudo com referências aos sujeitos portadores de colostomia [9].

Sendo assim, o ostoma torna-se uma barreira entre o sujeito ostomizado e o parceiro sexual, gerando crises entre casais e até mesmo causando estágios de depressão irreversíveis. Portanto, no momento da alta hospitalar, tanto o ostomizado como o parceiro deverão ser orientados pela equipe de enfermagem que não devem ter restrições quanto à continuidade

da vida sexual, dessa forma, promover-se-á a continuidade de uma vida saudável aos dois.

No aspecto social, os autores trouxeram o quanto a vivência com uma colostomia muda permanentemente a vida diária do sujeito, constitui um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências da vida [10]. Também se ressaltou o que o colostomizado pensa sobre o uso da bolsa de colostomia; num primeiro momento, aparenta ser algo fácil de manusear e compreender, mas depois vários aspectos cotidianos tornam um desafio para sua adaptação, é quando o colostomizado tem que rever seu momento de luto, de perdas, para encontrar forças para aceitar e trabalhar as suas perspectivas [3].

Para o ostomizado, a convivência no meio social é um desafio, porém há na legislação portarias que facilitam a vida desses pacientes. Sendo assim, lugares públicos deverão ter ambientes adequados para higienização de seus ostomas, jamais o ostomizado poderá se sentir constrangido quando estiver no meio do público [11], pois ele é humano como qualquer outro, seu ostoma não o torna menor ou desprezível. Essas são as orientações que o profissional de enfermagem deve repassar para os ostomizados, devem enfatizar seus direitos, assim promovendo um melhor convívio social.

Além dos aspectos citados chama atenção à inadequação das ações do enfermeiro para o cuidado e para o ensino do autocuidado, que certamente contribui para intensificar as dificuldades do ostomizado e de sua família após a alta hospitalar. A inadequação das práticas desses processos reflete a falta de conhecimento atualizado, nos diferentes temas da reabilitação do ostomizado [12].

O profissional deve estar qualificado para assistir esse paciente tanto como orientador como cuidador, isso se reflete em seu convívio social e dificulta a aceitação dessa nova fase, assim, esse indivíduo estando bem orientado passará a enfrentar o ostoma com menos dificuldade.

Foi também citado que as intervenções de enfermagem ao ostomizado devem valorizar os sujeitos, através de seu discurso, sua presença, seus gestos, suas expressões e silêncio, ou seja, de sua expressão verbal e não verbal [13].

Respeitar e valorizar o ostomizado sejam em sua forma de expressar ou de agir, aumenta a confiança desse paciente com o profissional de enfermagem e facilita o convívio paciente/enfermagem, entretanto formaremos uma estrutura sólida para um convívio social e esse paciente viverá emocionalmente mais seguro e sem preconceitos.

Conclusão

Para o enfermeiro o tratamento destes pacientes torna-se um desafio, pois além do cuidado assistencial técnico tem que abordar e trabalhar o emocional e o social, enfatizando que a vida não terminou e que o ostoma é apenas algo que está auxiliando no viver. Deve-se mostrar a estes pacientes que o ostoma não é um problema em suas vidas e que podem ter suas vidas e suas rotinas normalmente sem que isso o atrapalhe.

Enfatizar a assistência como prioridade na vida desses pacientes é importante, pois não se deve esquecer que por trás deste paciente existe um ser humano que interiormente está doente ao saber que terá ou que já convive com ostoma, para esse paciente isso se torna a parte pior de seu tratamento. Esses pacientes, ao saberem que têm que enfrentar esse desafio, esperam que alguém vá explicar a importância do tratamento e como enfrentá-lo, mas entre um profissional e outro ninguém dá a devida atenção, ou seja, o paciente assume o desafio como um problema a mais em sua vida por falta de uma simples orientação, tal orientação que pode ser realizada pelo profissional enfermeiro seja especialista ou não.

Quando o portador possui uma crença, independente de religião, torna-se mais forte e facilita o processo de enfrentamento e convívio com ostoma, gera um conforto inexplicável a ciência, trazendo facilidades durante todo processo. A enfermagem deve respeitá-la seja ela qual for, pois auxilia durante o convívio social e diminui as dificuldades emocionais.

A enfermagem precisa estar preparada para a assistência a esses pacientes, buscando sempre atualizar seus conhecimentos, para assim proporcionar melhor assistência seja ela técnica, social ou emocional.

Enfim, a assistência de enfermagem ao ostomizado não se resume em técnicas adequadas e procedimentos perfeitos, deve-se visualizar o paciente como um todo, em todos os aspectos, não se pode jamais enfatizar as técnicas e esquecer que esse paciente precisa de um momento de diálogo, momento que para ele pode ser de decisão e que

tais orientações farão parte de sua vida como um sujeito ostomizado.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil: Rio de Janeiro: INCA; 2005. 98p.
2. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomoterapia: cuidando do ostomizado.1a ed. Atheneu: São Paulo; 2005.
3. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Cancerol 2002;48(3):341-48.
4. Costa IG, Maruyama SAT. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(3): 557-63.
5. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(4):483-90.
6. Santos VLCG. Ensino especializado de estomoterapia no Brasil: 1990-1995. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(3):43-54.
7. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(5):32-8.
8. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colateral e com e sem ostomia. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(6):875-83.
9. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(5):28-33.
10. Muruyama SAT, Zago MMF. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(2):216-22.
11. Sociedade Brasileira dos Ostomizados. Estatuto. 1998. Rio de Janeiro: SOB; 1998.
12. Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(1):34-40.
13. Paegle SO, Silva MJP. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomias por câncer de intestino em grupo focal. Rev Latinoam Enfermagem 2005; 13(1):46-51.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2008;7(4)

Revisão

Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde

Sérgio Ribeiro dos Santos, D.Sc.

Enfermeiro, Universidade Federal da Paraíba, Professor Associado do Departamento de Enfermagem-DEMCA

Resumo

O presente estudo tem o objetivo de discorrer sobre o interacionismo simbólico, vendo-o como um referencial teórico que trata da interação social das pessoas, seus sentimentos e atitudes, a partir dos significados interpretados. Nessa perspectiva, o interacionismo enfatiza o significado das coisas, que não seria facilmente interpretável utilizando apenas a análise quantitativa dos dados da pesquisa. Para tanto, busca enfocar os seguintes assuntos: concepções teóricas, aspectos fundamentais e conceitos básicos.

Palavras-chave: interação, interacionismo simbólico, teoria, saúde.

Abstract

Symbolic interactionism: a theoretical approach of analysis in health

The aim of the present study is to discourse on the symbolic interactionism, as a theoretical referential that deals with people's social interaction, their feelings and attitudes, starting from the interpreted meanings. The interactionism emphasizes the meaning of things, which would not be explained easily just using the quantitative analysis of the research data. It tries to focus on the following subjects: theoretical conceptions, fundamental aspects and basic concepts.

Key-word: interaction, symbolic interactionism, theory, health.

Resumen

Interaccionismo simbólico: un abordaje teórico de análisis en la salud

El presente estudio tiene el objetivo de disertar sobre el interaccionismo simbólico, como un referencial teórico que trata de la interacción social de las personas, sus sentimientos y actitudes, a partir de los significados interpretados. En esa perspectiva, el interaccionismo da énfasis al significado de las cosas que no se interpretarían simplemente usando el análisis cuantitativo de los datos de la investigación. Para tanto, busca enfocar los siguientes asuntos: concepciones teóricas, aspectos fundamentales y conceptos básicos.

Palabras-clave: interacción, interaccionismo simbólico, teoría, salud.

Artigo recebido em 29 de fevereiro de 2008; aceito em 29 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Sergio Ribeiro dos Santos, E-mail: srsantos207@oi.com.br

Introdução

O interacionismo simbólico tem sido bastante utilizado nas ciências sociais e na saúde por se ancorar numa concepção teórica em que o significado é o conceito central e os objetos sociais são construídos e reconstruídos pelos atores envolvidos de forma interminável. Ou seja, o significado social dos objetos se deve ao fato de lhes dar sentido no decurso de nossas interações [1]. Portanto, as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social que pertencem [2].

A interação social é um processo que constantemente está sendo construído pelos atores, de modo que estes podem interpretar o mundo que o cerca e no qual interagem. Isso significa que as ações sociais não podem ser capturadas no decurso de uma lógica pré-estabelecida, casualmente estabelecida a partir de uma ordem de fatos externos e fixos.

A ordem dos fatos sociais e o sentido das ações estão sujeitas às mudanças e cada ato pode ser considerado uma nova interação. Logo, a pesquisa de campo à luz do interacionismo simbólico é importantíssima para as ciências sociais e da saúde. Por essa razão, o pesquisador deve observar o cotidiano das relações estabelecidas pelos atores no cenário social e procurar interpretar o sentido que eles dão a cada ato, no contexto em que se inserem, seja no tempo ou no espaço. Isso é intersubjetivo e potencialmente acessível a cada um de nós.

Assim, o interacionismo simbólico, dentro do paradigma interpretativo, se preocupa em compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana, ou seja, a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem em relação às suas convicções. Esse método permite aos pesquisadores e profissionais da saúde estabelecer juízo de valor do fenômeno investigado.

Portanto, o objetivo deste estudo consiste em discorrer sobre o interacionismo simbólico, vendo-o como um referencial teórico que trata da interação social das pessoas, seus sentimentos e atitudes, a partir dos significados interpretados.

Concepções teóricas

A utilização do interacionismo simbólico permite que a pesquisa qualitativa cumpra o objetivo de investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social [1,3].

Nesse sentido, a capacidade do ser humano para fazer indicações para si mesmo dá um caráter distintivo para a ação humana. Isto significa que, ao confrontar o mundo de objetos que o rodeia, ele deve interpretá-lo a fim de agir. A ação do ser humano consiste em levar em consideração as várias coisas que ele observa, relacionando o significado das ações de outros e mapeando sua própria linha de conduta, à luz desta interpretação. Ele constrói um guia de ação, na base de como ele a interpreta, em vez de meramente responder aos fatores ambientais que sobre ele atuam [3].

Assim, o interacionismo simbólico é uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências. O interacionismo simbólico é uma metodologia empírica que usa procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários entre outros.

O termo interacionismo vem da palavra interagir, que significa "agir mutuamente". O termo simbólico vem do grego *symbolikós*, e do latim *symbolicu*, significando "aquilo que tem caráter de símbolo" [4]. A expressão interacionismo simbólico teve sua origem na psicologia social, através dos trabalhos de renomados acadêmicos norte-americanos como Charles Horton Cooley (1864 – 1929), W. I. Thomas (1863 – 1947), George Herbert Mead (1863 – 1931), além de nomes como: Herbert Blumer, John Dewey, Robert Park, William James, Florian Znaniechi, J. M. Baldwen, R. Redfield e L. Wirth [5].

O interacionismo simbólico está centrado na natureza social. Significa dizer que as atividades das pessoas são dinâmicas e sociais, e acontecem entre e dentro delas. Essa abordagem teve como expoente George Herbert Mead, psicólogo social e professor de filosofia da Universidade de Chicago. Após a sua morte, seus escritos foram catalogados e agrupados em livros. Sua principal obra é um conjunto de lições sobre filosofia, *mind, self and society*, considerada a "bíblia" do interacionismo simbólico, editada em 1934. O principal discípulo de Mead foi Herbert Blumer, responsável por reunir os escritos e pensamentos de seu mestre. Talvez tenha sido o mais importante intérprete das proposições filosóficas de Mead [6].

O interacionismo simbólico, como uma abordagem de análise interpretativa, passa a representar uma nova possibilidade de análise nas ciências sociais e na saúde. A sua influência como método de pesquisa qualitativa contraria os adeptos da concepção durkheimiana (ou positivista).

Embora Durkheim reconhecesse a capacidade do ator para descrever os fatos sociais que o cercam, ele acha que essas descrições são por demais vagas, muito ambíguas, para que o pesquisador possa usá-las de modo científico, sendo que tais manifestações subjetivas não estão subordinadas ao domínio da sociologia. Por outro lado, para os interacionistas a concepção que os atores sociais fazem para si do mundo, em última análise, representa o objeto essencial da investigação [1].

Nessa perspectiva, tanto o conhecimento das ciências sociais quanto da saúde, só pode ser percebido pelo pesquisador, através da observação direta e da interação entre os atores envolvidos, das ações práticas e o significado que eles interpretam dos objetos, às situações, aos símbolos que os cercam, porque é através desses elementos que os atores constroem seu mundo social.

Portanto, se os pesquisadores da sociologia pretendem resgatar a realidade, devem levar em consideração os inúmeros contatos interacionais que se estabelecem entre as pessoas envolvidas (atores) nas ações do dia-a-dia. É importante salientar que os interacionistas não aprovam o modelo positivista da pesquisa quantitativa por causa das suas conseqüências sobre a concepção do rigor e da causalidade nas ciências sociais [1].

De forma que, é impossível apreender o social apenas por princípios objetivos, uma vez que a subjetividade ou a intersubjetividade dos atores é fundamental e determina as ações sociais. Desconsiderar esses aspectos é estabelecer um mundo virtual que não corresponde com o mundo real.

Aspectos fundamentais do interacionismo simbólico

A análise meadiana foi a que mais contribuiu para a conceituação da perspectiva interacionista [7]. Essa teoria se caracteriza por apresentar ligações com a fenomenologia, no que diz respeito ao estudo dos aspectos das experiências do comportamento humano. Em outras palavras, ela tenta compreender como as pessoas definem os eventos ou a realidade e como agem em relação às suas crenças [8].

Para compreendermos o interacionismo simbólico, quatro aspectos de fundamental importância que o distinguem da psicologia são descritos a seguir:

O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo.

1. O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação.
2. Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo como definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.
3. O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outras e a nossa própria re-direção [6].

Ainda nessa abordagem, a natureza do interacionismo simbólico, apresenta três aspectos básicos:

1. Os seres humanos procuram agir, em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para eles. Entende-se por "coisas" tudo o que o indivíduo pode notar em seu mundo – objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que tudo isso tem para o indivíduo influencia a formação do comportamento, e conhecê-lo é o que pode nos levar a compreender a ação humana.
2. O significado das coisas é derivado ou surge da interação social que os homens estabelecem uns com os outros. Em outras palavras, os significados são produtos sociais que surgem da interação.
3. Os significados podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo

usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra [3].

Na abordagem interacionista, o comportamento humano não é uma questão de respostas diretas às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros. Estas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de serem interpretados. A sociedade humana está constituída na base do consenso, de sentidos compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Assim, quando os gestos assumem um sentido comum, isto é, quando eles adquirem um elemento lingüístico, podem ser designados de "símbolos significantes". O componente significativo de um ato, que representa uma atividade mental, acontece através do *role-taking* (colocar-se na posição de outra pessoa) [9].

Na análise realizada por Blumer, as pessoas levam em consideração as ações dos outros à medida que formam suas próprias ações, através do processo de indicar aos outros como agir e de interpretar as indicações feitas pelos outros. É através deste processo de interpretação e definição que se forma a conduta humana. A sociedade existe em ação e a vida do grupo pressupõe a interação entre os membros do grupo. Esta interação ocorre entre atores e não entre fatores que fazem aparecer o comportamento [3].

Com base nessas reflexões, percebemos que os estudos orientados pelo interacionismo mostram que não existe uma visão que seja exclusiva dessa abordagem, em virtude da multiplicidade das coisas originadas nos seus conceitos ou conjeturas. Embora a teoria tenha ampla aplicação, falta unificação nos métodos e nos achados. Inegavelmente, o interacionismo simbólico tem sua utilidade, que é originar novas teorias, cuja exigência é a manutenção das conjeturas abordadas, proporcionando uma visão do homem com sua interação no processo de definir, responder, interagir e raciocinar [10].

A identificação dos limites do interacionismo simbólico é uma questão relevante que merece destaque, uma vez que existem ênfases e enfoques diversificados dentro dessa abordagem teórica. A fenomenologia e a teoria de papéis são duas orientações as quais o interacionismo simbólico pode sobrepor. Assim, a melhor maneira de entender as semelhanças e diferenças entre elas é apoiar-se em dois contínuos para descrevê-las: o primeiro é a ênfase no subjetivo versus objetivo; a segunda diz respeito à microorientação versus macroorientação [11].

É importante destacar que o contínuo subjetivo-objetivo, em geral, relaciona-se à quantidade de atenção que os teóricos dão ao que acontece na mente humana. Noutro extremo, os estudiosos enfatizam as experiências, os aspectos subjetivos, não deterministas da mente e tendem a uma pesquisa metodológica completamente qualitativa. Por outro lado, aqueles que se concentram nos aspectos mais objetivos de conceitos fundamentais tendem a dar maior ênfase à previsibilidade, repetitividade, mensuração e objetivo da conduta humana e a se encaminhar para um método mais quantitativo [11].

Conceitos básicos sobre o interacionismo simbólico

Os estudos sobre o interacionismo simbólico fazem-nos perceber que ele pode estar situado numa posição intermediária entre a fenomenologia e a teoria de papéis, conforme se tem revelado nas pesquisas e na literatura que aborda a temática [10-13]. Para esclarecer as características norteadoras do método, descreveremos a seguir os conceitos centrais que servem de base à compreensão das idéias meadianas a respeito do interacionismo simbólico [3,6]:

a) *Símbolo*: é o ponto central do interacionismo simbólico, pois sem ele os seres humanos não podem interagir uns com os outros. Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação [11]. Na realidade, a comunicação se faz através de símbolos que têm seu significado entre as pessoas e, através da interpretação desses símbolos, ocorre à interação social. Em outras palavras, é por intermédio dos símbolos que as pessoas são socializadas, compartilham da cultura e entendem qual é o seu papel social. O símbolo é usado para pensar, comunicar, representar. Ele só é simbólico quando expressa um significado (uma representação), uma intencionalidade [3].

Nessa mesma linha de pensamento, os símbolos, enquanto objetos sociais, são definidos na interação social, caracterizando-se como significativos e significantes, isto é, têm um significado, envolvem um entendimento, tanto para os atores quanto para os indivíduos a quem se dirigem às ações [6]. Essa abordagem é baseada na realidade social que se desenvolve a partir da interação de uns com os outros.

Assim, à medida que os indivíduos interagem, eles estão interpretando ou definindo as ações uns dos outros, ao invés de meramente reagindo às ações uns dos outros. Suas respostas não são dadas diretamente às ações do outro, mas baseadas nos significados que eles atribuem a tais ações. Então, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação ou pela determinação de significados às ações dos outros [3]. O mundo das pessoas consiste em objetos que podem ser de três tipos: físicos (coisas), sociais (pessoas) e abstratos (idéias). Os objetos adquirem significado somente através da interação simbólica.

b) *Self* (o ego/a própria pessoa): na interpretação que Blumer faz do pensamento de Mead, *self* significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria [3]. Ao afirmar que o indivíduo possui um *self*, Mead enfatiza que, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo e age em relação a si próprio. Assim sendo, a pessoa pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade que, de acordo com Mead, precede a existência do self [7].

Para os interacionistas, o *self* é um objeto social através do qual o indivíduo age. O fato de possuí-lo converte o ser humano em um tipo especial de ator, transforma sua relação no mundo e dá à sua ação um caráter único [3]. Assim, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas:

1. O *Eu* é a tendência impulsiva do indivíduo. É o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. Logo, representa as tendências não direcionadas do indivíduo.
2. *Mim* representa o 'outro' incorporado ao indivíduo. Logo, ele compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas – ou simplesmente sentidos – comuns ao grupo. Em qualquer situação, 'Mim' compreende o outro generalizado e, raramente, um outro particular [7].

Para os interacionistas, *self* é um objeto e interage com os outros, por isso, é definido, redefinido e muda constantemente. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que: "Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que tenho de mim mesmo são todos altamente dependentes das definições sociais que encontro na vida" [6].

c) *Mente:* é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos significantes. Esta significância ou sentido é também social em sua origem. Da mesma forma, a mente também é social, tanto em sua origem como em sua função, porque ela surge do processo social de comunicação [7].

A mente é ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self* [6]. Seguindo esse raciocínio, podemos inferir que a pessoa, ao tentar fazer algo, age em seu mundo e se comunica com o *self* através da manipulação de símbolos. O seu mundo se transforma por causa das definições de mundo interpretado pela mente, de modo que a ação resulta da interpretação ativa da pessoa aos objetos.

d) *Interação social*: todos os conceitos anteriormente descritos levam ao entendimento do que seja interação social. Podemos resumir tudo isto afirmando que, na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro. Assim sendo, quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self,* nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. O entendimento da natureza da interação deve reconhecer a existência de todas essas atividades [6].

A interação social é construída a partir da ação social. A ação é formada à luz da situação na qual ela acontece. As pessoas agem de acordo com a forma de sua interpretação da situação. Assim, a interação simbólica envolve interpretação e definição e ocorre entre as pessoas envolvidas.

O modelo característico da interação se dá em nível simbólico, quando se procura entender e interpretar o significado da ação do outro [11]. A interação é simbólica quando os atos de cada indivíduo têm significado para o criador e o recebedor da ação [3]. Assim, os seres humanos são atores sociais: eles levam outros em conta quando agem e os outros fazem diferença nas suas ações. Quando a ação social se torna mútua, quando atores se levam em conta e ajustam seus atos, eles estão engajados numa interação social. A interação social é simbólica: intencionalmente comunicamos quando agimos e outros interpretam o que fazemos [6].

e) *Sociedade:* é toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo. O comportamento humano envolve uma resposta às intenções

dos outros. Essas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, isto é, passíveis de serem interpretados [7].

Naturalmente, observamos que as noções de interação social e sociedade estão intimamente relacionadas, consistindo a sociedade de indivíduos engajados num processo de interação social. No entanto, dois conceitos são dominantes no seio da sociedade: o de cultura e de estrutura social. Cultura é entendida como costume, tradição, norma, valor, regra, claramente derivada da ação das pessoas. Portanto, a sociedade é uma interação cooperativa, que desenvolve cultura. Esta tem o mesmo sentido de "consenso do grupo", ou seja, as concordâncias, as divergências, a linguagem, o conhecimento diverso e as regras que se supõe governarem a ação [6]. Os interacionistas caracterizam a sociedade como dinâmica, ou seja, os indivíduos interagem uns com os outros, definindo e alterando a direção dos atos uns dos outros.

Conclusão

A conexão entre os conceitos do interacionismo simbólico e a visão de mundo dos atores sociais, vivenciado pela suas experiências, mapeia uma linha de ação à luz de uma interpretação em que os atores procuram dar significados aos fatos constatados em sua realidade. Essa linha de ação consiste em considerar as várias coisas que as pessoas observam e forma uma regra de conduta, baseada na sua interpretação.

A interação simbólica focaliza o significado dos eventos para as pessoas no ambiente natural ou numa situação diária e está ligada ao conhecimento da filosofia fenomenológica. Tanto a fenomenologia como o interacionismo simbólico estão relacionados com o estudo dos aspectos internos ou experimentais do comportamento humano, ou seja, como as pessoas definem os eventos ou a realidade e como elas agem em relação às suas crenças.

O interacionismo vê o comportamento humano como o resultado de vasto processo interpretativo em que as pessoas, de forma isolada ou coletiva, conduzem a si mesmas pela definição de um objeto, evento ou situações por elas encontradas. Dessa forma, o interacionismo é uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, além de revelar e apontar o significado que as coisas têm para os atores sociais. Possibilita, ainda, compreender se esse significado é decorrente ou resultante da interação dos elementos envolvidos no processo social. Procura saber se esses elementos são significativos, toda vez que interagem e como utiliza o processo interpretativo ao agir mutuamente com os objetos mais significativos da sua realidade.

Referências

1. Coulon A. Etnometodologia. Petrópolis: Vozes; 1995.
2. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. Rev Esc Enfermagem (USP) 2005;39(1):103-8.
3. Blumer H. Symbolic interacionism: perspective e method. Berkeley: University of California; 1969. p. 1-79.
4. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Eletrônico – século XXI, versão 3.0: MGB Informática; 1999.
5. Dupas G. Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança: a experiência da criança com câncer [tese]. São Paulo: USP, Escola de Enfermagem; 1997.
6. Charon JM. Interacionismo simbólico: uma introdução, uma interpretação, uma integração. 7a ed. London: Prentice-Hall International; 2001.p.22-65.
7. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1990. p.27.
8. Chenitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory: qualitative research in nursing. California: Addsino-Wesley; 1986.
9. Santos SR. Buscando a interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem [tese]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFPB; 2002.
10. Luis MAV. Uma situação de trabalho conturbada ou enfermeiro: a identidade negada [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.
11. Jorge MSB. Indo em busca de seu plano de vida: a trajetória do estudante universitário. Florianópolis: Papa-Livro; 1997.
12. Cassiani SHB. Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1994.
13. Carvalho LS, Silva CA, Petersen AC, Camargo CL. Interacionismo simbólico: sugestão metodológica à pesquisa do universo da criança hospitalizada. Enfermagem Brasil 2005;4(5):290-7.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Outubro

7 de outubro
1º Fórum de Úlceras de Pressão, Venosa e Diabética
Câmara de Vereadores de Capão da Canoa, RS
Informações: (51) 3665-2391 (Louziane - secretária da Direção)

7 a 10 de outubro
4º Seminário de Saúde da Criança e Adolescente
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ
Informações: ssca4@yahoo.com.br/a

9 a 11 de outubro
III Congresso Mundial de Acompanhamento Terapêutico
Salão de Atos e Faculdade de Educação da UFRGS - Campus Central
Porto Alegre, RS
Informações: www.psicologia.ufrgs.br/congressoat

Novembro

3 a 7 de novembro
60ª CBEN – Congresso Brasileiro de Enfermagem
Belo Horizonte, MG
Informações: www.abenmg.com.br

11 a 14 de novembro de 2008
II Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo, SP
Informações: (11) 5085-0247

12 a 15 de novembro
XII Encuentro Internacional de Investigación de Enfermería
Córdoba, Espanha
Informações: (11) 3586-9877/5084-7671

13 a 17 de novembro
XXIVo Congresso Brasileiro de Nefrologia
CBN 2008 e 14º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia
Curitiba, PR
Informações: www.nefro2008.com.br

18 a 21 de novembro
II Simpósio Brasileiro de Estomaterapia
I Simpósio Internacional de Estomaterapia Neonatal e Pediátrica
Campos do Jordão, SP
Informações: (11) 5081-7718
E-mail: expansao.eventos@uol.com.br

20 a 23 de novembro
XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar
Rio de Janeiro, RJ
Informações: (21) 2266-9150

23 e 24 de novembro
I Seminário Temático em Enfermagem
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

30 de novembro
III Jornada de Enfermagem em Oncologia Pediátrica
Instituto Nacional do Câncer (Inca)
Praça da Cruz Vermelha, Rio de Janeiro.
Informações: www.inca.gov.br

Dezembro

3 a 5 de dezembro
I Congresso Brasileiro de Saúde Mental
Florianópolis, Santa Catarina
Informações: www.congressodesaudemental.ufsc.br

2009

Março

8 a 12 de março
MEDTROP 2009 - XLV Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Centro de Convenções de Pernambuco
Recife, Pernambuco
Informações: www.medtrop2009.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 5 - Setembro / Outubro de 2008

EDITORIAL

Para uma noética crítica, reflexiva e renovadora da qualidade de viver enfermagem, Margarethe Maria Santiago Rêgo 241

ARTIGOS ORIGINAIS

Educação em saúde e demandas de orientações de clientes no pré-operatório em hospital universitário, Fabiano Bitencourt Lima, Jorge Luiz Lima da Silva, Angelina Cupolillo Gentile 245

Procedimentos e resultados cirúrgicos no idoso: caracterização em um Hospital Distrital no norte de Portugal, Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, Montserrat Fernández Prieto 252

Corpo e cuidado: para uma concepção integralizada do ser mulher, Fernanda Couto Gomes, Rosália Teixeira de Araújo 260

Os espaços ocupados pela enfermeira em sala de emergência, Flávia Silva de Souza, Renan Tavares, Nébia Maria Almeida de Figueiredo 267

A prescrição de enfermagem na terapia medicamentosa: elaboração de protocolos de cuidados, Flávia Lamberti Pivoto, Joice Simionato Vettorello, Wilson Danilo Lunardi Filho Valéria Lerch Lunardi 273

REVISÕES

Doenças intestinais inflamatórias: atualização e aspectos epidemiológicos da macrorregião de saúde leste do estado de Minas Gerais, Ana Paula do Carmo Emerick, Flávia Márcia Oliveira, Elisângela Guimarães Soares 280

Processo de doação de órgãos e tecidos: dilema repleto de desafios para o enfermeiro, Keyla Bispo Mota, Rosana Maria do Nascimento 287

Os desafios da saúde do professor na atualidade, Alisson Araújo, Roberta Porto Silva 294

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Notas sobre uma aula de ensino clínico, Kátia de Moraes Jorge, Nélia Regina dos Santos de Paulo 300

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 307

CALENDÁRIO DE EVENTOS 309

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil, MN-Metabólica e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital Espanhol, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Para uma noética crítica, reflexiva e renovadora da qualidade de viver enfermagem

Profa. D.Sc. Margarethe Maria Santiago Rêgo

O princípio básico da Enfermagem é cuidar do cliente/paciente e familiares partindo das singularidades de cada pessoa para compreender e promover o cuidado baseado nas reais necessidades de saúde e cidadania. Assim, os profissionais de Enfermagem interagem e agem manifestando as suas qualidades pessoais, conhecimentos e experiências, objetivando a aceitabilidade, a afetividade e a efetividade dos processos da prática assistencial e direcionando-se para a busca contínua da melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos clientes/pacientes.

Entretanto, é fundamental reconhecer que a qualidade nos cenários de saúde exige o desenvolvimento das qualidades técnicas bem como, das qualidades humanas implícitas e explícitas das pessoas que agem, interagem e reagem no contexto institucional. Essas qualidades são complementares na medida em que a valorização de uma delas em detrimento da outra inviabiliza a efetitividade, a otimização e a humanização da qualidade em saúde.

Nesse sentido, considerando que o profissional de enfermagem é a possibilidade real para garantir a qualidade do cuidado, sobretudo por motivo da maior proximidade com o cliente, torna-se oportuno refletir sobre a motivação, o desejo, a vontade de cada profissional de querer realizar o melhor cuidado. Trata-se de uma pulsão que leve em conta o desenvolvimento de processos de vida específicos que tendam a melhorar, modificar e a reinventar o ato de cuidar do cliente/paciente, de cuidar de si mesmo e do ambiente do cuidado.

Certamente, embora tenham singularidades que são próprias de cada profissional, todos estão buscando oportunidades de melhorias contínuas da qualidade de viver, conviver, cuidar e ensinar enfermagem. Entretanto, o ato de pensar (noética) os aspectos objetivos da vivência (noema) é diferente, para cada um. A forma como cada profissional pensa, reflete ou percebe a qualidade de viver, conviver, cuidar e ensinar enfermagem é diferente, pois as singularidades das pessoas orientam-nas para se preocuparem com aspectos diversificados, que tenham cuidados variados ou que sejam inspirados por diferentes fontes e visões de mundo. Cada um tem a sua própria inspiração de vida e até mesmo suas histórias de vida determinam isso de forma diferente. Se não fosse assim, não teríamos pensamentos, sentimentos e ações diversificadas frente às situações que emergem no cotidiano da prática profissional.

Nesse contexto, é possível observar as qualidades técnicas e humanas dos diferenciados profissionais de enfermagem, separados ou em conjunto, com suas predominâncias e particularidades.

É fundamental reconhecer que estamos vivendo em uma época muito instável, de muitos enfrentamentos especialmente relacionadas a dificuldades estruturais, orçamentárias, processuais e relacionais nas instituições de saúde. Então, os processos das interações precisam ser pensados, alguns enfoques sobre as qualidades técnicas e humanas dos profissionais, precisam ser repensados.

** Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ*

Assim, sem a pretensão de alcançar a perfeição ou estabelecer um código de condutas, torna-se imprescindível buscar continuamente estratégias para alcançar a melhoria da qualidade em saúde, especialmente a partir da melhoria da qualidade de viver enfermagem.

O que é a qualidade de viver enfermagem? É um estado de disposição mental, harmonia espiritual e vontade do profissional refletido no corpo em forma de gradientes de energias salutares, que remetem a atitudes de ouvir, intervir e construir processos de trabalho na prática de enfermagem caracterizados por dimensões das qualidades técnicas e humanas geradoras de um ambiente do cuidado produtivo e saudável.

Qualidade de viver enfermagem é um estado saudável de espírito que abrange a vontade e atitudes do profissional de enfermagem de trabalhar para efetivar ações, emoções e sentimentos geradores de saúde para si e para o outro possibilitando assim o progresso pessoal, profissional e institucional.

Para alcançar a qualidade de viver enfermagem é necessário o desenvolvimento das qualidades técnicas e humanas de cada profissional. É necessário uma atitude crítica-reflexiva consciente para criar, transformar e melhorar, cada vez mais, a capacidade de tomar decisões, visando o bem estar do coletivo diante das variadas e diferentes circunstâncias da vida.

Portanto, é imprescindível no momento atual, a habilidade de indagar tudo o que é aprendido por meio das teorias e da prática da experiência vivida de cada sujeito histórico, assim como é fundamental a capacidade de saber pensar as dimensões afetivas e efetivas das interações humanas para poder intervir na realidade com um maior senso de justiça social, solidariedade e participação política. Alcançar essas dimensões significa restaurar a realidade e assegurar que os seres humanos possam perceber e compreender a saúde verdadeira e melhorar continuamente a qualidade de viver enfermagem.

Nota do editor:

A revista Enfermagem Brasil é agora indexada na base de dados do Cinahl (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), o que vai permitir uma melhor difusão internacional de nossos trabalhos.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2008;7(5)

Artigo original

Educação em saúde e demandas de orientações de clientes no pré-operatório em hospital universitário

Fabiano Bitencourt Lima*, Jorge Luiz Lima da Silva**, Angelina Cupolillo Gentile***

**Enfermeiro, Pós-graduando do Curso de Enfermagem em saúde do trabalhador pelo Centro Universitário Plínio Leite, **Professor do Centro Universitário Plínio Leite, Professor colaborador do Curso de Pós-graduação de Enfermagem em Promoção da Saúde da Universidade Federal Fluminense, ***Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense*

Resumo

O enfermeiro é um dos profissionais mais preparados para orientação do cliente em relação a seu tratamento; nesse âmbito, incluem-se as orientações pré-operatórias, as quais visam suavizar as questões conflitantes e preparar o cliente para o ato cirúrgico. Mediante o exposto, este estudo tem como objetivo conhecer as necessidades do cliente, no que diz respeito à orientação pré-operatória. Estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório, realizado em enfermaria cirúrgica de hospital universitário de grande porte, localizado no estado do Rio de Janeiro. Os dados coletados por meio de entrevista estruturada foram analisados através da categorização das respostas. Foram entrevistados clientes em pré-operatório mediato, na faixa etária entre 21-78 anos, de ambos os gêneros, cinco homens e cinco mulheres. Constatou-se que a orientação pré-operatória é um instrumento de grande importância na assistência de enfermagem perioperatória, possibilitando maior interação do profissional com o cliente e o esclarecimento das dúvidas, o que pode reduzir o estresse emocional e preparar o cliente para o procedimento cirúrgico e pós-operatório satisfatório.

Palavras-chave: educação em saúde, assistência perioperatória, Enfermagem de Centro Cirúrgico.

Abstract

Health education and guidelines demands for patients during pre-operative in an University Hospital

The nurse is seen to be a well prepared professional to give orientations to patients in relation to their treatment, and, among them, preoperative guidelines are included, which aim to soften the situations of conflict and prepare the patient for surgery. This study has as objective to meet patient's needs, concerning pre-operative guidance. It is a qualitative study of descriptive exploratory approach, carried out at a university hospital of large size, located in the state of Rio de Janeiro. Data were collected using a structured interview and were analyzed through categorization of answers. We interviewed patients in pre-operative,

Artigo recebido em 21 de março de 2008; aceito em 28 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Jorge Luiz Lima da Silva, E-mail: jorgeluizlima@vm.uff.br.

age group between 21-78 years, both genders, five men and five women. It was found that preoperative orientation is of great importance in nursing perioperative care, enabling greater interaction with the patient and clarifying professional doubts, which can reduce the emotional stress and prepare the patient for the surgical procedure and postoperative.

Key-words: health education, perioperative care, operating room nursing.

Resumen

Educación en salud y las demandas de orientaciones de clientes en el prequirúrgico en Hospital Universitario

El enfermero es uno de los profesionales más preparados para orientar al paciente sobre su tratamiento. En ese ámbito, se incluyen las orientaciones prequirúrgica cuyo objetivo es suavizar las cuestiones en conflicto y preparar el cliente para el acto quirúrgico. Este estudio tiene la intención de conocer las necesidades del paciente, en lo que concierne a la orientación prequirúrgica. Estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio, realizado en enfermería quirúrgica de hospital universitario de gran porte, ubicado en el estado de Río de Janeiro. Los datos recolectados mediante entrevista estructurada, fueron analizados a través de la categorización de las respuestas. Fueron entrevistados pacientes en prequirúrgico mediato, en el grupo de edad de 21 a 78 años, ambos géneros, cinco hombres y cinco mujeres. Se constató que la orientación prequirúrgica es de gran importancia en la atención de enfermería perioperativa, posibilitando mayor interacción del profesional con el paciente y esclarecimiento de las dudas, lo que puede reducir el estrés emocional y preparar el paciente para el procedimiento quirúrgico y post-quirúrgico satisfactorios.

Palabras-clave: educación en salud, atención perioperativa, enfermería de quirófano.

Introdução

O cliente cirúrgico, geralmente, encontra-se em estado de conflito antes da cirurgia, pois sentimentos como medo, incerteza, insegurança abrem caminho para dúvidas. A pessoa que passará pela experiência de uma cirurgia espera solução para os seus problemas por parte daqueles que teriam obrigação profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los [1].

O enfermeiro é um dos profissionais mais preparados para orientação do cliente em relação a seu tratamento e prevenção de agravos. Nesse âmbito, incluem-se as orientações pré-operatórias, as quais visam suavizar as questões conflitantes e preparar o cliente para o ato cirúrgico.

O valor da orientação no pré-operatório tem sido reconhecido há tempos. Cada cliente é orientado enquanto indivíduo, considerando suas ansiedades, necessidades e esperanças como únicas [2]. Ensinar é uma especificidade humana e deve ser conduzida de forma segura e firme na atuação, respeitando a liberdade, discutindo suas próprias posições e aceitando revê-las. Educar é a troca de saberes relativos e não absolutos entre pessoas, o que a torna a base das relações educativas entre enfermeiro e cliente [3].

Percebe-se que para que haja uma orientação adequada, deve-se conhecer o sujeito ao qual está sendo prestado o cuidado. Deve ser considerada a situação na qual se encontra o cliente do serviço de saúde e feito julgamento sobre as informações a serem fornecidas.

Quando se usa o termo paciente, estamos descrevendo uma pessoa que possui suas necessidades básicas alteradas e precisa receber cuidados, ou seja, passiva da assistência de outra [4]. Nesse contexto, no presente estudo foi utilizado o termo cliente, o que não altera suas necessidades, porém transmite a idéia de cumplicidade e aliança, onde o mesmo não deixa de ser um sujeito ativo e participante nas fases de internação [2], especialmente no caso de internação para procedimento cirúrgico.

A experiência cirúrgica tem início no pré-operatório, quando o enfermeiro prepara, tanto fisicamente como emocionalmente, o cliente para a cirurgia, com a finalidade de reduzir o risco de complicações no pós-operatório [5]. Devendo oferecer informações, detalhadas, das ações desenvolvidas no pré, intra e no pós-operatório (período perioperatório), buscando reduzir a ansiedade, colaborar na recuperação do cliente e prestar uma assistência qualificada, sendo transmitida de forma individual ou em grupo, em uma linguagem clara e objetiva.

Na fase seguinte, o intra-operatório, o enfermeiro assume a responsabilidade de fornecer ambiente assistencial seguro, eficiente para os clientes cirúrgicos, no qual a equipe cirúrgica pode atuar com delicadeza e eficiência para o alcance de resultados positivos. A última fase dessa assistência, a pós-operatória, ocorre após a intervenção cirúrgica, na avaliação do cliente na enfermaria, no lar da pessoa ou por meio de orientações por escrito ou telefonemas para o mesmo, porém o profissional deve estar preparado para possíveis complicações [6].

Durante todas as fases do processo cirúrgico, o profissional precisa estar em harmonia com o cliente, sua família e equipe de saúde. Durante este processo, um aspecto essencial merece destaque: o da comunicação, pois é através de um canal livre de ruídos que se estabelecerá contato com o cliente e sua família, podendo atender as solicitações de informações, estabelecendo-se, dessa forma, a orientação e educação em saúde para promoção do autocuidado.

Mediante o exposto, este estudo trouxe como objetivo conhecer as necessidades do cliente, no que diz respeito à orientação pré-operatória. A pesquisa mostra-se relevante, pois se comprometeu a demonstrar a importância da aproximação do enfermeiro nas etapas do processo cirúrgico, especificamente no pré-operatório, através da orientação de enfermagem, proporcionando assistência integral.

O enfermeiro, através da orientação pré-operatória, pode minimizar os anseios do cliente cirúrgico, esclarecendo suas dúvidas e reforçando as informações, quando necessário [7].

Tendo em vista o cuidado individualizado e conhecimento de um pouco do processo saúde-doença do cliente, a orientação deve ser realizada, pelo enfermeiro, de forma compatível com o nível de escolaridade, compreensão e respeitando seus valores culturais. Logo, a educação em saúde deve se adequar à realidade desse cliente, que rege o processo saúde e doença. Visto que o seu bem-estar vai depender da forma com que ele vai encarar os problemas que o assolam.

Material e métodos

O estudo embasou-se no tipo de pesquisa descritivo exploratório. Em um primeiro momento, realizou-se o levantamento bibliográfico, para um aprofundamento sobre a temática. No segundo momento, buscou-se, por meio de entrevista semi-estruturada coletar os dados entre os clientes que se encontravam nas enfermarias cirúrgicas de hospital universitário de grande porte, localizado no estado do Rio de Janeiro. Na terceira etapa, os dados foram analisados, através da categorização das respostas e, dessa forma, alcançar o objetivo da pesquisa.

Participaram da pesquisa dez clientes, internados, em pré-operatório mediato de ambos os gêneros, independente de cor de pele e religião. Foram identificados com nomes bíblicos fictícios. E atenderam aos critérios de inclusão: estarem lúcidos e orientados no tempo e no espaço e em relação às pessoas, e na faixa etária acima de vinte anos de idade.

Os clientes foram conscientizados sobre os propósitos da pesquisa e o destino dos depoimentos, e assinaram o consentimento livre e esclarecido, concedendo a permissão para o uso das suas opiniões.

Resultados e discussão

Foram entrevistados clientes em pré-operatório mediato, na faixa etária entre 21-78 anos, de ambos os gêneros, cinco homens e cinco mulheres. Sendo seis casados, dois solteiros, um divorciado e um viúvo, de escolaridades variadas (desde grau superior ao analfabeto). Possuindo atividades profissionais distintas, o diagnóstico médico também foi bastante diversificado, divertículo de uretra, câncer gástrico, colangite, aneurisma cerebral, tumor cerebral e fraturas. O tempo de internação e as experiências cirúrgicas passadas são também distintos, onde o tempo de internação variou de quatro dias a 45 dias, e dos 10 entrevistados seis já realizaram algum tipo de cirurgia anteriormente.

A heterogeneidade dos dados de identificação comprova que a cirurgia continua sendo uma experiência difícil de ser vivenciada, independente de idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de internação e até experiências cirúrgicas anteriores. Pois como seres únicos, possuem anseios, preocupações, expectativas e dúvidas que também são específicas, o que torna cada momento e experiência como únicos. Apesar de experiências passadas, a cirurgia é uma experiência individual, particular e mesmo única [8].

Os dados de identificação são importantes, pois influenciam no aprendizado do cliente, proporcionando ao enfermeiro, no momento de coletar tais dados, avaliar a forma mais eficaz de ensino desse cliente, como sua disponibilidade para aprender [6].

O enfermeiro deverá coordenar seus esforços, para que os anseios e as necessidades de informação sejam dissipados. Conciliando seus conhecimentos científicos e educacionais, com a disponibilidade e a capacidade de cada cliente em aprender. Prestando uma assistência individualizada e qualificada. Nesse aspecto, vale mencionar o Código de Ética de Enfermagem, sobretudo o artigo 27 do capítulo IV, "respeitar e conhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar" [9].

Uma boa coleção de dados acerca do cliente, idade; ocupação; nível de escolaridade; seus interesses pessoais; história de saúde e precedentes cirúrgicos proporcionam ao enfermeiro dados para caracterizar esse indivíduo como único, sendo assim prestar uma assistência individualizada e buscar o processo de ensino que melhor se adequa a esse cliente [10].

Categoria 1: Desconhecimento das etapas do tratamento cirúrgico.

> "Até agora ninguém me falou nada, tô perdidinho com essa situação (...)." (Pedro)

> "Eles chegam, olham e nem perguntam, tá sentindo alguma dor? Algum desconforto? Nem isso! Esqueceram de mim 2 (fazendo referência ao filme)!" (Paulo)

> "Aqui ninguém fala nada pra gente." (Matheus)

Pôde-se observar que houve um déficit de informação dos entrevistados em relação ao seu tratamento, pois todos os clientes desconheciam as etapas do procedimento cirúrgico. Ocorrendo concordância nas respostas. Segundo os clientes, nenhum profissional de saúde ofereceu qualquer tipo de informação, mesmo estando dispostos a recebê-las. E esta falta de informação aumentou a preocupação desses clientes e os deixaram mais temerosos ao enfrentar tal experiência.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura ao cidadão, de acordo com o 4º princípio da carta dos direitos dos usuários da saúde, o direito a um atendimento que respeite seus valores, visando preservar sua cidadania durante seu tratamento [11]. Ou seja, este cliente tem o direito de ser informado sobre quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos que o envolve, dando ao mesmo o direito de consentimento e de recusa. E o enfermeiro, por meio de ensino pré-operatório, pode ser o elo que liga o cliente aos seus direitos. Transmitindo dessa forma a idéia de cumplicidade e aliança, dentro do processo terapêutico. Valorizando-o como um ser humano e não um objeto de estudo.

O cliente cirúrgico busca solução para seus problemas naqueles que teriam a obrigação profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los [1]. E com o ensino pré-operatório de enfermagem pode-se, além de informar, desenvolver nesse cliente habilidades com as quais ele pode ter favorecido sua reabilitação, tornando-o agente ativo desse processo. O que minimizará seus anseios e temores, e possibilitará que este cliente enfrente sua experiência cirúrgica de forma mais branda [12].

O cliente no pré-operatório, muitas vezes, sente-se em uma linha de montagem, o que leva a causar dúvidas e o deixa ansioso [13]. Por outro lado, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem fazer o possível para que esse cliente se sinta como um indivíduo, permitindo que expresse seus sentimentos a respeito de sua experiência e conforme o nível de ansiedade demonstrado, determinar a freqüência que as orientações serão realizadas, esclarecendo as dúvidas e minimizando os anseios.

Categoria 2: Dúvidas sobre os procedimentos técnicos.

> "Por que não posso ficar em casa esperando, já que fiz duas cirurgias pelo mesmo motivo?" (Débora)

> "Por que eu tenho que tomar banho de cadeira? Quero tomar banho só! Meu problema é na cabeça, minhas pernas tão boas!" (Maria)

> "Data da cirurgia? Como vai ser? Quanto tempo vai levar?" (Pedro)

A cirurgia como o próprio processo de hospitalização, provoca uma ruptura do ambiente e da rotina do cliente, modificando seus hábitos e costumes. O que precipita sentimentos e reações estressantes, mesmo já tendo realizado alguma cirurgia. Com esses relatos pôde-se perceber que a perda do poder decisório, mesmo das coisas mais simples, faz com que o cliente queira saber tudo que

está acontecendo ao seu redor, na busca do controle da situação e adaptação ao novo ambiente no qual esta vivendo.

O desconhecimento apresenta sinais de comportamentos inadequados ou exagerados do cliente, que são característicos, como histeria; hostilidade; agitação ou apatia; perguntas excessivas e demonstração de retorno inadequado [6]. Dessa forma, o enfermeiro deve encorajar a verbalização e ouvir, de maneira atenta e compreensiva, as dúvidas e as preocupações, procurando esclarecê-las e solucioná-las.

Essas mudanças, causadas pelo processo de hospitalização e pela cirurgia, podem ser minimizadas pelo ensino pré-operatório, pois, além de favorecer a aproximação cliente e enfermeiro, inclui esse cliente, de forma ativa, em seu processo terapêutico.

O enfermeiro no pré-operatório visa prover o melhor estado físico e emocional [13], almejando reduzir os agentes estressores e proporcionando apoio, ajuda e conforto necessário para que a cirurgia ocorra de forma tranqüila [14].

O ensino pré-operatório tem demonstrado seus benefícios, minimizando os agentes estressores e possíveis complicações do cliente no pós-operatório [10]. Como a humanização é vista como essencial na assistência de enfermagem, a prática do ensino pré-operatório, além de contribuir para a recuperação do cliente, estreita os vínculos entre o enfermeiro e o cliente e prioriza o homem e não sua enfermidade.

Categoria 3: Preocupações com o prognóstico.

> "Vou continuar sentindo dor depois da cirurgia?" (Sarah)
>
> "Vou poder trabalhar normalmente como trabalhava antes da operação?" (Ester)
>
> "Eu quero ficar bom! Voltar ao normal (...)." (Matheus)
>
> "Essa 2ª operação tem que dar certo, não pode ter a 3ª, né!" (Paulo)

O cliente, muitas vezes, deposita suas esperanças de cura ou melhora, apesar de todo processo estressante, na cirurgia a que irá se submeter. Com isso, a possibilidade de um prognóstico ruim ou insucesso da cirurgia, contribuem para o desgaste emocional. Como há ausência de informações básicas sobre todo o processo, o cliente manifesta, através de questões conflitantes, suas preocupações. O que poderá influenciar negativamente o ato cirúrgico.

Dessa forma, além dos medos que o cliente, normalmente, enfrenta ao deparar-se com a cirurgia; medo de um prognóstico ruim ou da possibilidade de incapacidade futura, os problemas financeiros, responsabilidades familiares e obrigações trabalhistas são outras preocupações que assolam esse indivíduo [2].

A preocupação com o prognóstico reflete o desconhecimento do cliente sobre o procedimento cirúrgico e, muitas vezes, sobre sua patologia. A situação desperta o senso crítico-reflexivo sobre a importância da informação e orientação para os usuários dos serviços de saúde. Para se pensar em cuidado humanizado no atendimento cirúrgico, devem ser aplicados conceitos como acolhimento e cuidado integral, pois é através desses itens que o profissional se aproxima do cliente e conhece um pouco de seu processo saúde-doença, dúvidas e anseios.

Conclusão

Independente da idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de internação e experiências cirúrgicas anteriores, o ato cirúrgico continua sendo uma situação emocionalmente difícil de enfrentar, tornando esse momento individual, particular e até mesmo único para o cliente, em que as informações sobre o procedimento cirúrgico tornam-se essenciais. Nesse contexto, através da visita pré-operatória de enfermagem, pode-se programar essa assistência individualizada e qualificada, preparando o cliente tanto fisicamente como emocionalmente.

Constatou-se neste estudo que a orientação pré-operatória é um instrumento de grande importância na assistência de enfermagem perioperatória, possibilitando maior interação do profissional com o cliente e o esclarecimento das dúvidas, o que pode reduzir o estresse emocional e preparar o cliente para o procedimento cirúrgico e pós-operatório satisfatórios.

As categorias que emergiram das falas apontaram para o desconhecimento das etapas do tratamento cirúrgico, dúvidas sobre os procedimentos técnicos e preocupações com o prognóstico. Os resultados expressam a necessidade de rever a condição na qual a pessoa hospitalizada se encontra como "paciente", para que seja vista como "cliente", com

expectativas, anseios, dúvidas e muitas vezes sem saber ao certo o que irá acontecer com seu corpo na sala de cirurgia.

Diante dos resultados encontrados, foi elaborado um roteiro de orientação pré-operatório (apêndice II) aplicado em campo clínico, que visa não só informar e minimizar os anseios do cliente, focando-o como agente ativo e desencadeador de todo o processo, como direcionar e facilitar o enfermeiro na realização de uma assistência mais qualificada.

Referências

1. Zen OP, Brutscher SM. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. Revista Enfoque 1986;14(1):4-6.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
4. López MA, La Cruz JR. Guias práticos de enfermagem: centro cirúrgico. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002.
5. Paula AAD, Carvalho ECC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(3):35-42.
6. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
7. Souza AA, Souza ZC, Fenili RM. Orientação pré-operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. Rev Eletrônica de Enferm 2005;7(2):215-20.
8. Cruz EA, Varela ZMV. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. Rev Eletrônica Enferm 2002;4(1):51-58.
9. Conselho Federal de Enfermagem Resolução COFEN nº 240/2000. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Documentos básicos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Enfermagem de Rio de Janeiro; 2005/2008. p.58-71.
10. Du Gas BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p. 435-65.
11. Brasil. Sistema Único de Saúde. Direito dos Usuários do SUS, 4º princípio da carta, 2008 [online]. [citado 2008 Fev 16]. Disponível em: URL: http://www.saude.gov.br
12. Zago MMF, Casagrande LDR. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. Rev Latinoam Enferm 1997;5(4):69-74.
13. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem: clínica e prática hospitalar. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 1420-67.
14. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latinoam Enferm 2002;10(5):690-5.

Apêndices

I - Instrumento de coleta de dados

Dados pertinentes à pesquisa

Identificação:_____ Idade:_____ Sexo: M [ ] F [ ]

*Estado civil:_____ Escolaridade:_____ *Profissão:_____

Renda mensal:

[ ] Menos de 1 salário mínimo
[ ] 1 salário mínimo
[ ] 2 salários mínimos
[ ] 3 salários mínimos
[ ] 4 salários mínimos
[ ] 5 salários mínimos
[ ] Mais de 5 salários mínimos

Diagnóstico médico:_____ Tempo de internação:_____

*Cirurgia a ser realizada:_____ Experiências cirúrgicas passadas? Sim [ ] Não [ ]

Roteiro de entrevista

Qual foi sua reação ao ser informado sobre o tratamento cirúrgico?

Você tem conhecimento sobre as etapas do seu tratamento cirúrgico? ( ) Sim ( ) Não

Em caso de sim, o que sabe? E quem o informou?

Em caso de não, gostaria de saber? ( ) Sim ( ) Não

Caso seja sim, o que gostaria de saber?

Caso seja não, por que não deseja ser informado?

Quais são suas preocupações frente à internação e ao tratamento cirúrgico?
Outras considerações: _____

II - Roteiro de orientação pré-operatória

Baseado nos dados coletados durante a pesquisa e no levantamento bibliográfico, livros e artigos científicos, observou-se que o enfermeiro, ao realizar a orientação pré-operatória, deve ser cordial e mostrar-se disponível ao cliente, encorajando a verbalização e sabendo ouvir atentamente suas dúvidas e preocupações. Nesse sentido o enfermeiro deve:

1. Verificar, por meio de perguntas, o grau de conhecimento do cliente a respeito do tratamento cirúrgico;
2. Estimular o cliente a fazer perguntas e expressar suas preocupações;
3. Traçar uma estratégia de ensino que melhor se adapte ao cliente, respeitando suas crenças, práticas culturais e o nível de interesse;
4. Coordenar seus esforços, conhecimentos científicos e educacionais, para que os anseios e sejam dissipados. Respondendo as perguntas de forma verídica, em concordância com o plano terapêutico geral, em uma linguagem clara e objetiva;
5. Incluir a família e outras pessoas próximas no processo de ensino. Avaliando-os antecipadamente para que venham a ser um importante apoio na assistência e não um problema, transmitindo seus medos e ansiedade ao cliente;
6. Fornecer informações gerais sobre o tratamento cirúrgico, avaliando o nível de estresse e as reações do cliente diante das informações;
   a) Explicar a preparação pré-operatória, procedimentos e técnicas realizadas, bem como a rotina do intra e pós-operatório;
   b) Oferecer informações gerais sobre a cirurgia, bem como, esclarecer informações mais detalhadas e técnicas a respeito do procedimento, o médico é o profissional mais gabaritado a fornecê-las;
   c) Informar quanto à data e à hora prevista para a cirurgia. Não sendo aconselhável informar seu tempo de duração, pois há a possibilidade de ocorrerem imprevistos, o que causará ansiedade nos familiares;
   d) Informar ao cliente a unidade à qual será encaminhado após a intervenção cirúrgica. Pode ser que o cliente seja internado em uma unidade diferente da sua de origem. Dessa forma, é importante o enfermeiro orientar o cliente e sua família a esse respeito, para não vir a ser motivo de estresse para ambos;
   e) Descrever o ambiente, pessoal e equipamentos, que o cliente pode esperar ver e ouvir no Centro Cirúrgico e na URPA;
   f) Explicar e demonstrar exercícios como respiração diafragmática, tosse, rotação do corpo e exercícios com as pernas, permitindo que o cliente pratique-os, tornando-o agente ativo na sua recuperação pós-operatória.
7. Buscar auxílio, quando necessário, de outros profissionais de saúde com forma de complementar as orientações realizadas e como suporte para suplantar possíveis transtornos emocionais, sociais, nutricionais etc.;
8. Documentar tudo o que foi ensinado e discutido, bem como as reações e o nível de compreensão do cliente.

Recursos que auxiliam no ensino pré-operatório

Essas atividades devem ser realizadas de acordo com a disponibilidade do profissional, não sendo dessa forma uma exigência, e a estrutura oferecida pela instituição. Tornando-se apenas um artifício que busca uma assistência qualificada.

1. Álbum seriado, retro projetor, datashow;
2. Oficinas;
3. Sessões de cinema;
4. Espaços recreativos;
5. Folhetos informativos (folderes)
6. Demonstração de materiais específicos (ex. aparelhos de monitorização, drenos e bolsas de drenagem, bolsas de ostomia, etc.).

Artigo original

Procedimentos e resultados cirúrgicos no idoso: caracterização em um Hospital Distrital no norte de Portugal

Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, M.Sc.*, Montserrat Fernández Prieto, D.Sc.**

**Enfermeira, Doutoranda em Gerontologia, Departamento de Enfermagem da Universidade de Santiago de Compostela – USC,*
***Psicóloga, Universidade de Santiago de Compostela – USC*

Resumo

Entre Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006 foram internados 62.301 pacientes, em um Hospital Distrital de Santa Maria da Feira/Portugal, para procedimentos cirúrgicos, sendo 16,77% realizados em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos. Quanto ao gênero, 58,76% pertenciam ao sexo feminino e 41,24% ao masculino. A média de idade foi de 74,602 (± 6,5391). A especialidade com o maior número de cirurgias foi a Clínica Geral com 3.900 casos, e o procedimento mais realizado foi na especialidade de Oftalmologia, com a cirurgia realizada no cristalino com ou sem vitrectomia com 14,98% casos. Quanto às complicações, 8,36% ocorreram nos grandes procedimentos nos intestinos delgado e grosso. Das 10.445 cirurgias realizadas em idosos, 74,08% foram programadas e 25,92% urgências. Desses pacientes, 96,11% recebeu alta, sendo o óbito registrado em 3,89%. A média do tempo de internamento foi de 5,52 (± 9,037) dias.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, cirurgia, assistência perioperatória.

Abstract

Procedures and surgical results in elderly people: characterization in a District Hospital of Portugal

During the period from January 2002 to December 2006, 62.301 patients were admitted to a Distric Hospital of Santa Maria da Feira/Portugal to carry out surgical procedures, 16.77% performed in patients over 65 years or equal. Relating to gender, 58.76% were female and 41.24% male. The average age was 74.602 (± 6.5391). The specialty with more quantity of surgical in this period was General Medicine with 3.900 interventions, and the Ophthalmology was the most commonly performed procedure on patients, with surgeries on crystalline lens with or without vitrectomia with 14.98%. The complications of the surgical procedures (8.36%) were in the small and large intestine. Of the10.445 surgeries carried out in the elderly, 74.08% were planned and 25.92% urgencies, 96.11% patient were discharged and 3.89% died. The average length of stay in hospital was 5.52 (± 9.037) days.

Key-words: aging, aged, perioperative care.

Artigo recebido em 10 de outubro de 2008; aceito em 25 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, Rua do Cedro, nº 300/AF Mozelos 4535-198 Santa Maria da Feira, Portugal, E-mail: meivesalmeida@gmail.com

Resumen

Procedimientos y resultados quirúrgicos de la persona mayor: la caracterización en un Hospital Distrital de Portugal

En el periodo comprendido de Enero del 2002 a Diciembre del 2006, se internaron 62.301 pacientes para procedimientos quirúrgicos en un Hospital Districtal de Portugal. 16,77% eran pacientes con edad igual o superior a 65 años. Con relación al género, 58,76% pertenecían al sexo femenino y 41,24% al masculino. El promedio de edad fue de 74,602 (± 6,5391). La especialidad con mayor número de cirugías fue clínica general con 3.900 casos, y la cirugía más realizada fue en la especialidad de Oftalmología con procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía, 14,98% de casos. Las complicaciones ocurrieron en las cirugías en el intestino delgado y grueso (8,36%). De las 10.445 cirugías realizadas en personas mayores fueron planeadas (74,08%) y 25,92% fueron de urgencias. De eses pacientes, 96,11% recibieron el alta hospitalaria y en un 3,89% fue registrado el óbito. El tiempo de internación fue de 5,52 (± 9,037) días.

Palabras-clave: envejecimiento, anciano, atención perioperativa.

Introdução

Uma das principais aquisições do século XX foi o prolongamento da vida humana. A esperança de vida no início do século era de 45-50 anos, atingindo nos dias de hoje uma média de 75-80 anos. A durabilidade da vida humana aumentou tanto nos países desenvolvidos como também nos países em desenvolvimento. Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando a população mundial, projetam um aumento de quase dois bilhões de idosos em 2050. A mudança será relativamente maior nas regiões mais desenvolvidas, sendo a Europa a região mais afetada pelo envelhecimento [1].

Envelhecer não é ficar doente, mas pode trazer numerosas dificuldades. Este é um procedimento natural, que, com o passar dos anos pode ser influenciado pela herança genética, hábitos e rotinas diárias, assim como pelo ambiente e outros fatores. Para Oliveira [2:324] "a velhice nunca vem só, e pode trazer muitos problemas para os próprios idosos, para os seus familiares e para a sociedade em geral."

Freitas [3] aponta-nos que nos países desenvolvidos 50% dos leitos são ocupados por indivíduos com mais de 65 anos. A hospitalização torna-se necessária, porque o idoso apresenta doenças e múltiplas patologias concomitantes. Essas internações ocorrem por necessidade de tratamento especializado, como, por exemplo, o procedimento cirúrgico.

Para Neto e Passos [4], o principal objetivo do tratamento cirúrgico é prolongar a vida. Nos pacientes idosos este objectivo deve ser substituído por procurar melhorar ou preservar o conforto do idoso pelo maior tempo possível.

O número de cirurgias na população idosa vem aumentando, os progressos nas técnicas de avaliação e de procedimentos cirúrgicos, as melhores condições de anestesia e a possibilidade de monitorização, têm favorecido a indicação de intervenções com maior segurança [5,6].

A assistência individualizada ao paciente cirúrgico deve ser tão valorizada no bloco operatório como é em qualquer unidade do hospital. A formação de novos modelos de orientações para o tipo assistencial no sector da saúde torna-se necessária para fomentar a adaptação deste sistema, não só para as resoluções dos problemas imediatos, mas também para disciplinar o desenvolvimento de pesquisas que resolvam os problemas posteriormente originados pela demanda, em termos de saúde, dessa nova faixa etária [7,8].

É necessário despertar para a necessidade de inovar os modelos de cuidados da saúde ao idoso. Esse alerta deve ser alargado para toda equipe perioperatória que trabalha com idoso, é essencial que revejam seus conceitos e os fundamentos de cuidados perioperatórios, já que o molde até então vigente foi destinado às pessoas mais jovens [9]. O idoso necessita de acções diferenciadas, pois ocorrem modificações peculiares durante o processo de envelhecimento. Não se pode tratar o idoso como um adulto, visto que suas necessidades são diferentes devido a fisiologia do envelhecimento.

Os pacientes idosos submetidos a qualquer tipo de cirurgia merecem atenção toda especial por parte da equipe multiprofissional. "Na procura da

melhoria da assistência de enfermagem, além da fundamentação científica e de competência técnica, é necessário questionar e reavaliar as condutas assistenciais usuais da equipe de enfermagem, principalmente quando se trata do paciente idoso" [10:81].

Cabe aos sectores de saúde estabelecer estratégias para as práticas de saúde em relação à assistência ao idoso.

Objetivos

Este trabalho tem como objectivo: caracterizar o idoso cirúrgico.

Materiais e métodos

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo descritivo com o objetivo de verificar as características dos idosos e dos procedimentos cirúrgicos a que foram submetidos.

População alvo e amostra: Idosos de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 65 anos, submetidos a um procedimento cirúrgico de uma unidade de cirurgia em um Hospital Distrital de Santa Maria da Feira/Portugal.

Procedimento de colheita de dados e o tratamento dos dados: Os dados foram obtidos através do banco de dados fornecido pelo Serviço de Gestão de Doentes do Hospital de São Sebastião de Santa Maria da Feira. O estudo estatístico foi efectuado utilizando o software S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0 para ambiente Windows. Os valores dos resultados foram apresentados na forma de média ± desvio padrão. As diferenças entre os grupos foram testadas através do Teste do Qui-quadrado, Teste t e correlação de Pearson, sendo os resultados considerados como estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$.

Caracterização da Instituição: O Hospital de São Sebastião (HSS), criado em 1996, entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999, na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho [11]. Foi dotado com um modelo de gestão inovador, o qual define o estatuto jurídico pelo qual a instituição passou a reger-se. Este diploma conferiu, pela primeira vez, a um hospital público, uma natureza empresarial, definição que permitiu a este Hospital organizar-se como uma empresa de serviços, recorrendo aos métodos, técnicas e instrumentos, habitualmente utilizados pelo setor privado, para sua organização e gestão.

O HSS está localizado na cidade de Santa Maria da Feira, no Norte do Distrito de Aveiro, cerca de 30 km da cidade do Porto. O número de habitantes do concelho de Santa Maria da Feira, onde está implantado, é de 135.964 habitantes (633 hab. /km^2), distribuídos por 31 freguesias, em uma área geográfica de 214,7 km^2. Além da população deste concelho, o HSS serve ainda toda a população residente na área demo-geográfica de Aveiro Norte, que compreende vários concelhos fortemente industrializados.

Entre as actividades industriais mais importantes, destaca-se o ramo da cortiça, que tem conseqüências de algumas doenças do foro pneumológico, designadamente a Suberose, com grande incidência nesta região, a qual resulta da exposição à poeira da cortiça e da silicose.

A população desta região é ainda uma população relativamente jovem, mercê de taxas de natalidade e fecundidade elevadas, em comparação com os totais nacionais. A população com mais de 65 anos representa apenas 12,4% do total de residentes, contra os 16,6% a nível nacional.

O hospital é constituído por 257 leitos que estão divididos nas respectivas especialidades de: cardiologia, cirurgia geral, gastrenterologia, ginecologia, medicina, neonatologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia e urologia. Na instituição existe o bloco operatório ambulatórial e o bloco operatório geral que é constituído por oito salas de cirurgia, sendo a sua distribuição: uma sala de Ginecologia; duas salas de Otorrinolaringologia e Oftalmologia; duas salas de Ortopedia; duas salas de Cirurgia Geral e uma sala partilhada pela Cirurgia Geral e Ginecologia.

Procedimento ético: O estudo foi realizado seguindo as noções éticas em investigação, sendo os dados fornecidos após a autorização da comissão ética da instituição.

Resultados e discussão

Pacientes submetidos à cirurgia no HSS, com idade <65 anos e ≥ 65 anos, no período de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006

No período de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006, o HSS realizou 62.301 procedimentos cirúrgicos. A Tabela I mostra que 10.445 (16,77%) cirurgias foram realizadas em pacientes com idade ≥ 65 anos.

Tabela I - Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia no HSS, com idade <65 anos e ≥ 65 anos, no período de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006. Portugal, 2007.

ANO	< 65 ANOS		65 ANOS		TOTAL
	n	%	n	%	
2002	8929	82,20%	1933	17,80%	10862
2003	9955	82,68%	2086	17,32%	12041
2004	10799	83,29%	2166	16,71%	12965
2005	10867	84,29%	2026	15,71%	12893
2004	11306	83,50%	2234	16,50%	13540
Total	51856	83,23%	10445	16,77%	62301

A elevação na expectativa de vida faz com que os idosos sejam a faixa etária com maior crescimento, por causa do alargamento dessa população, a equipe cirúrgica tem se confrontado cada vez mais com procedimentos cirúrgicos em pacientes idosos. Vários trabalhos, como o de Alvarenga e Mendes [12], apontam um aumento no número de internações nesta população, em parte ocorrem pela necessidade de um tratamento mais especializado, como, por exemplo, o procedimento cirúrgico. Meckes [13] esclarece que a maioria das pessoas idosas precisa de pelo menos uma cirurgia antes de morrer. Este crescimento da população cirúrgica idosa (acima de 65 anos) e senil (acima de 85 anos) enfatiza a necessidade de a equipe cirúrgica reconhecer as necessidades peculiares destes pacientes.

Os dados do nosso estudo não vieram ao encontro com a literatura, porque nos defrontamos com o resultado de 87,23% de cirurgias realizadas em pacientes com idade inferior a 65 anos e apenas 16,77% em pacientes com idade ≥ 65 anos. Talvez este fato se deva a população desta região ser ainda relativamente jovem, mercê de taxas de natalidade e fecundidade elevadas, em comparação com os totais nacionais. A população com mais de 65 anos representa apenas 12,4% do total de residentes do Concelho de Santa Maria da Feira. Por outro lado, em Portugal, ainda não existe a especialidade médica geriátrica e muito menos o cirurgião geriátrico. Como menciona Correia [14], em seu livro: Portugal é ainda um país proporcionalmente jovem no contexto europeu, mas envelhece aceleradamente. O país é um dos menos dotados em estruturas de apoio social e de saúde aos idosos. Somos o único país da Europa em que não há qualquer reconhecimento de uma diferenciação profissional, médica, nesta área.

Outro fator importante para se destacar aqui é que em Portugal existe uma lista de espera muito grande para se marcar uma cirurgia, dependendo da especialidade e da região a espera é bem maior. Segundo dados recolhidos em um inquérito nacional realizado pela Inspecção-Geral do Ministério da Saúde, em 2006, em hospitais públicos, 208.632 portugueses doentes se encontram em lista de espera para cirurgia. Mais de 5% da população nacional está em lista de espera. O número de pessoas que aguardam pela primeira consulta de especialidade, somado ao dos que esperam por intervenção cirúrgica totaliza 591 mil portugueses [15,16].

Pacientes idosos segundo o género e a faixa etária

Tratando-se, porém da distribuição da amostra por género, observamos um predomínio do género feminino (58,76%), o qual também apresenta uma media de idade superior ao masculino, estatisticamente significante (p = 0,000).

Ao estratificarmos a idade, verificamos uma maior frequência nas faixas etárias mais jovens 65-69 e 70-74 anos com (29,37% e 27,53%).

A média de idade feminina foi de 74,99 (± 6,718) anos, idade mínima 65 e a máxima 102. Já no sexo masculino temos uma média de idade de 74,05 (± 6,221) anos, idade mínima 65 e a máxima 101 anos.

Uma possível explicação para o predomínio do sexo feminino, nas idades mais avançadas, reside no facto de que as mulheres apresentam uma longevidade reconhecidamente maior [17]. Conforme verificamos, o envelhecimento não é neutro quanto ao género. Os diferenciais de mortalidade por sexo, que favorecem as mulheres desde os primeiros anos de vida, resultam em que a proporção de mulheres seja superior a dos homens em todos os grupos etários após a infância. Este fenómeno recebe o nome de feminização do envelhecimento [18]. Apesar das mulheres possuírem a vantagem da longevidade, isto não corre em seu benefício, ficam mais expostas à pobreza e os sofrimentos causados pelas deficiências físicas e psicológicas nas idades mais avançadas.

Pacientes idosos segundo as especialidades cirúrgicas

Quanto à distribuição dos pacientes idosos cirúrgicos, observamos que a clínica geral (37,34%), cirurgia ortopédica (26,56%) e a oftalmologia

(16,83%) são as especialidades com mais cirurgias em idosos realizadas durante este período (Tabela II).

Tabela II - Distribuição dos pacientes idosos segundo as especialidades cirúrgicas. Portugal, 2007.

ESPECIALIDADES	n	%
Clínica geral	3900	37,34%
Ortopedia	2774	26,56%
Oftalmologia	1758	16,83%
Cirurgia Privada*	599	5,73%
Ginecologia	587	5,62%
Urologia	494	4,73%
Otorrinolaringo-logia	191	1,83%
Cirurgia Plástica	139	1,33%
Obstetrícia	3	0,03%

* Cirurgias Privadas englobam todas as especialidades

A Geriatria é um dos ramos da medicina que mais tem avançado nos países desenvolvidos, nos últimos anos. É neste contexto que outra especialidade médica vem trazer grandes benefícios aos pacientes com mais de 65 anos: a cirurgia geriátrica, operar um idoso já foi proibido, actualmente não o é [19]. A inclinação de uma população de idosos aumentada, ao lado do desenvolvimento técnico-científico e os avanços da medicina moderna, amparando e encaminhando os pacientes de alto risco para procedimentos mais complexos, prognostica maior número de pessoas idosas buscando tratamento médico ou cirúrgico, compondo, assim, uma nova faixa de perfil patológico próprio [9].

Pacientes idosos segundo os tipos de procedimentos mais realizado

Os procedimentos cirúrgicos mais realizados nos idosos foram os procedimentos no cristalino com ou sem vitrectomia (14,98%), seguindo os procedimentos nas grandes articulações e reimplante de membros inferiores (11,68%).

O procedimento que aparece em primeiro lugar é da especialidade de oftalmologia. As cirurgias oftalmológicas são as mais realizadas no mundo [20].

Já Meckes [13] refere que os procedimentos cirúrgicos que afectam predominantemente pacientes com idade a partir de 65 anos são as do fórum oftalmológico, cardiológico e ortopédico. No trabalho de Rodrigues e Manco [21] os resultados apontam em primeiro lugar a especialidade ortopédica, cirurgia abdominal e oftalmológica. Carvalho *et al.* [22] encontraram que a cirurgia mais realizada em idosos em um hospital da Bahia, foi a artroplastia de quadril. A endarterectomia da carótida é o ato cirúrgico vascular periférico mais frequentemente realizado nos Estados Unidos [23].

A carência de literatura nesta área dificulta maiores discussões quanto à frequência das cirurgias e especialidades no idoso.

Tipos de procedimentos com complicações pós-operatória por especialidade

Em relação as complicações por especialidades no pós-operatório podemos verificar que a Cirurgia Geral (31,23%) e a urologia (18,22%) foram as especialidades com maiores taxas de complicações.

A cirurgia no paciente idoso só deve ser realizada quando os benefícios superam os riscos [24].

Os principais factores que se devem ter em conta em um paciente geriátrico que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica são: a idade, as patologias associadas, o estado psicológico, o tempo de internamento e o risco anestesiológico [25].

Antes de realizar uma cirurgia no paciente idoso, devemos conhecer quais são os principais riscos cirúrgicos e as complicações pós-operatória, potenciais dos mesmos [26].

Tipo de admissão, destino e tempo de internamento por sexo

Ao considerar-se o tipo de admissão para cirurgia entre os pacientes idosos, verifica-se que o género feminino apresentou uma maior prevalência de cirurgias de caráter urgente ($p = 0,012$). Por outro lado, o género masculino apresentou uma maior prevalência de óbitos ($p = 0,000$), e um maior período de internamento ($p = 0,000$), com uma media de 6,21 dias; é o que observamos na Tabela III.

Também podemos comparar na tabela IV, que a media de idade dos pacientes submetidos a cirurgia de carácter urgente (77,34 ± 7,519 anos) e aqueles que foram a óbito (77,22 ± 7,38 anos), é estatisticamente superior ($p = 0,000$), aqueles com cirurgia programada e que receberam alta.

Tabela III - Distribuição dos pacientes idosos segundo o sexo, quanto ao tipo de admissão, destino e tempo de internação. Portugal, 2007.

	Masculino		Feminino		Total		p
	n = 4308		n = 6137		n = 10445		
Tipo de Admissão							
Programada	3247	75,37%	4491	73,18%	7738	74,08%	0,012
Urgente	1061	24,63%	1646	26,82%	2707	25,92%	
Destino							
Alta	41,06	95,31%	5933	96,68%	10039	96,11%	0,000
Óbito	202	4,69%	204	3,32%	406	3,89%	
Tempo de Internamento							
Nenhum	22	0,51%	23	0,37%	45	0,43%	
1-3 dias	2356	54,69%	3391	55,26%	5747	55,02%	
4-6 dias	852	19,78%	1583	25,79%	2435	23,31%	
7-9 dias	388	9,01%	481	7,84%	869	8,32%	
10-12 dias	152	3,53%	189	3,08%	341	3,26%	
13-15 dias	124	2,88	132	2,15%	256	2,45	
= 16 dias414	9,61%	338	5,51%	752	7,20%		
Média	6,21		5,03		5,52		0,000
Desvio padrão	10,509		7,803		9,037		
Mínimo	0		0		0		
Máximo	149		152		152		

Tabela IV - Distribuição dos pacientes idosos segundo a idade, em relação ao tipo de internação e destino. Portugal, 2007.

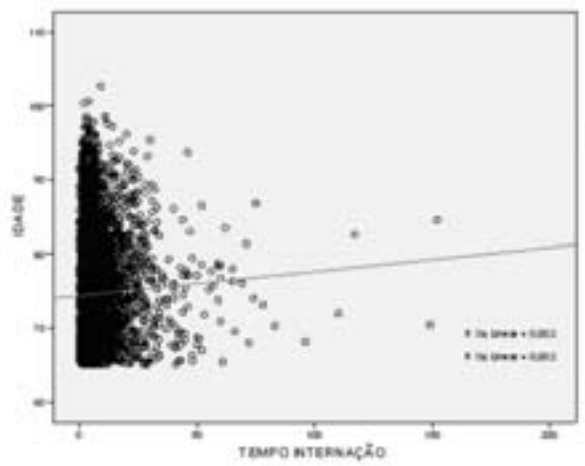
Tipo de Admissão	Idade		p
	Média	Desvio Padrão	
Programada	73,64	5,858	0,000
Urgente	77,34	7,519	
Destino			
Alta	74,49	6,49	0,000
Óbito	77,22	7,038	

Ainda com relação ao tempo de internação, verifica-se no Gráfico I, uma correlação positiva (0,045), isto é diretamente proporcional, e estatisticamente significativa (p = 0,000) em relação a idade, ou seja quanto maior a idade, maior é o tempo de internação.

Os pacientes idosos devem ter indicação cirúrgica preferencialmente electiva, com adequado preparo pré-operatório para diminuir os riscos dos procedimentos.

Netto e Passos [4] citam no seu trabalho que qualquer estatística de operações em idoso mostra que a mortalidade é cerca de quatro vezes maior em condições de emergência. Também de acordo com essa idéia Forcie e Mourey [27] chamam atenção que a cirurgia de emergência, duplica ou quadruplica o risco de mortalidade em qualquer tipo de procedimento.

Gráfico I - Distribuição dos pacientes idosos segundo a idade e o tempo de internamento. Portugal, 2007.



Já Petroianu [28] relata que a maioria dos idosos tolera um procedimento cirúrgico tão bem quanto os mais jovens. A mortalidade operatória caiu de 37% para menos de 8 % em cirurgias electivas de grande porte, em pacientes idosos bem controlados sob ponto de vista clínico.

Entretanto, ao contrário do conceito estabelecido de que a operação no paciente idoso é acompanhada de alto índice letal, o que se verifica na prática é uma evolução muito favorável em mais de 90 % dos casos. Os resultados piores ocorrem após operações de urgência devido à falta de preparo adequado do doente e por ele já estar frente a uma complicação que lhe ameaça iminentemente a vida.

Portanto, os cuidados após uma cirurgia de urgência devem ser muito maiores [4,29].

Quanto a alta, ela deve ser precoce, porém não precipitada, os casos devem ser encaminhados ao domicílio ou outro nível assistencial adequado, para que o idoso dê continuidade aos cuidados de saúde [30,31].

Os factores de risco para óbito entre idosos frequentemente descritos pela literatura como imutáveis são a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem alterados estão a hospitalização, a dependência para realização das actividades de vida diária, o déficit cognitivo, os hábitos de vida (como fumar e não praticar exercícios físicos), algumas doenças como a depressão e o câncer, o isolamento social e a falta de suporte familiar, o nível socioeconómico e a auto-avaliação negativa da saúde como um preditor de mortalidade [32]. No trabalho realizado por Motta [29] foi observado que os óbitos ocorrem em paciente mais graves que são portadores de doenças cardiovasculares e neoplasias.

A média de internamento encontrada em nosso estudo (5,52 ± 9,037dias) vem ao encontro com várias pesquisas realizadas em clínicas cirúrgicas. Como expõe Motta [29], a maior parte das internações ocorrem nas especialidades cirúrgicas e com tempo curto de internação.

Conclusões

Conforme os objetivos propostos, os resultados obtidos nesta investigação nos permite as seguintes conclusões:

O número total de internamento para tratamento cirúrgico no período de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006 foi 62.301 casos, 10.445 (16,77%) eram pacientes com idade ≥ 65.

Na distribuição da amostra por género, presenciamos um predomínio do género feminino (58,76%), o qual também apresenta uma media de idade superior ao masculino (p = 0,000). Ao estratificarmos a idade, aferimos uma maior frequência nas faixas etárias mais jovens 65-69 e 70-74 anos com (29,37% e 27,53%).

A especialidade que mais operou neste período foi a Clínica Geral com 3.900 casos, sendo a cirurgia mais realizada foi no cristalino com ou sem vitrectomia com 1565 (14,98%) casos.

Em relação as complicações por especialidades no pós-operatório a Cirurgia Geral (31,23%), e a urologia (18,22%) foram as especialidades com maiores taxas de complicações.

Ao considerar-se o tipo de admissão para cirurgia entre os pacientes idosos, verifica-se que o género feminino apresentou uma maior prevalência de cirurgias de caráter urgente (p = 0,012). Por outro lado, o género masculino apresentou uma maior prevalência de óbitos (p = 0,000), e um maior período de internamento (p = 0,000), com uma media de 6,21 dias.

Também podemos comparar que a media de idade dos pacientes submetidos a cirurgia de carácter urgente (77,34 ± 7,519 anos) e aqueles que foram a óbito (77,22 ± 7,38 anos), é estatisticamente superior (p = 0,000), aqueles com cirurgia programada e que receberam alta.

Ainda com relação ao tempo de internação, verifica-se uma correlação positiva (0,045), isto é diretamente proporcional e estatisticamente significativa (p = 0,000) em relação a idade, ou seja, maior a idade, maior é o tempo de internação.

O período perioperatório de um paciente idoso que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica deve ser conduzido por profissionais experientes e habilitados. Acreditamos que muitas atitudes podem e devem ser mudadas, melhoradas a partir de uma conscientização sólida de cada profissional. Um dos objetivos do cuidado de enfermagem perioperatória é assistir o paciente, principalmente quando se trata de um idoso, fornecendo cuidados seguros, técnicos e científicos, sem riscos e sem ameaça à vida.

Referências

1. Saudegratuita [online]. 2001 Set. [citado 2008 Jul 17]. Disponível em: URL: http://www.saudegratuita.com.br/saudeteridade/mulher.asp.
2. Oliveira JHB. Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representação da morte. Psicologia Educação e Cultura 1999:3(2)323-43.
3. Freitas EV. Avaliação de risco cirúrgico no idoso. Gerontologia 1995:2(3):87-93.
4. Netto AP, Passos RR. Adversidades na cirurgia do idoso [online]. [citado 2008 Ago 31]. Disponível em: URL http://www.sbcm-rj.org/sbcm-rj/artigos/idoso.htm.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
6. Lardden CS. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997: p. 3-17.
7. Nursing. Conhecer o utente para cuidar no bloco operatório. Nursing 2002:(17): p. 19-23.
8. Castellanos BEP, Jouclas VMG Assistência de enfermagem perioperatória. Enfoque 1986;14 (1):7-11.
9. Santos Junior JCM. O paciente cirúrgico idoso. Rev bras Coloproct 2003:23 (4): 305-16.

10. Almeida MAR. Assistência de Enfermagem ao paciente idoso durante o período transoperatório [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação – Universidade Estadual de Campinas; 1999.
11. Hospital de São Sebastião [online]; 2007 Mar. [citado 2008 Julho 16]. Disponível em: URL: http://www.hospitalfeira.min-saude,.pt.
12. Alvarenga, MRM., Mendes, M.M.R. O perfil das readmissões de idosos num Hospital Geral de Marília/SP. Rev Latinoam Enfermagem 2003:11(3):305-11.
13. Meckes PF. Cirurgia geriátrica. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.p. 1125-39.
14. Correia JM. Introdução a Gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta; 2003. 326 p.
15. aeiou quiosqui. Saúde: 600 mil pessoas à espera de cirurgia e 1ª consulta [online]. 2007 Nov. [citado 2008 Julho 17]. Disponível em:URL: http://quiosque.aeiou.pt/gen.
16. Noticias Portugal. Tempo de espera para cirurgia passa para nove meses. [online]. 2008 Jan. [citado 2008 Julho 17]. Disponível em: URL: http://noticias.portugalmail.pt/artigo.
17. Miguel Junior A. Feminização do envelhecimento: desigualdade econômica [online]. 2007 Set. [citado 2007 Fev. 2]. Disponível em: URL: http://www.metrocamp.com.br/secao.php?codigo=1339.
18. Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher [online]. 2007 Set. [citado 2008 Julho 17]. Disponível em: URL: http://www.metrocamp.com.br/secao.php?codigo=1339.
19. Delfino SM, Pimenta LG. O papel do cirurgião na avaliação pré-operatória do paciente idoso. Acta Cir Bras 2003:(18):supl.3.
20. Lebuisson D. Quando se deve operar uma catarata ? Servir 1993:41(4):214-15.
21. Rodrigues RAP, Manco ARX. O paciente geriátrico cirúrgico em hospitais gerais de Ribeirão Preto/SP. Gerontologia 1993:1,(3): p.133-40.
22. Carvalho LS, Petersen AC, Silva KM, Silva CA, Vieira ZVP. Complicações cirúrgicas ortopédicas em idosos. In: 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2005, Goiânia. Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2005.
23. Perler BA. Doença vascular extracraneana tratamento cirúrgico extracraneal vascular. Rev Angiol Cir Vasc 2000:8 (4):146-8.
24. Pérez Melero A. Enfemería geriátrica. 3ª ed. Madrid: Síntesis; 2002.
25. Fuertes F, d'Urbano C. Factores de riesgo en cirurgíaca: utilidad del índice Reiss. Rev Mult Gerontol 2002:12(2):72-8.
26. Gómez MCGQ. El anciano y la cirugía. Gerokomos 1997:8(22):79-183.
27. Forcie MA, Mourey RL. Segredos em geriatria. Porto Alegre: Artemed; 1998.
28. Petroianu A. Cirurgia geriátrica [online]. 2007 Set. [citado 2008 Julho 17]. Disponível em: URL: http://www.ciape.org.br/matdidatico/andy/cirurgia_geriatrica.doc.
29. Merck Sharp Dohme. Manual da Merck: Geriatria. Porto: Oceano; 2004.
30. Motta LB. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade 2001:3(6):26-34.
31. Newman DK, Smith DAJ. Planes de cuidados en geriatria. Traudizido por: Aguilar IM. Barcelona: Doyama Libros; 1994. p. 286-308.
32. Ramos ILR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV et al, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.

Artigo original

Corpo e cuidado: para uma concepção integralizada do ser mulher

Fernanda Couto Gomes*, Rosália Teixeira de Araújo, M.Sc.**

**Enfermeira de PSF em Porto Seguro e Enfermeira Assistente no Hospital Regional de Eunápolis, Especialista em Gestão e Educação em Saúde Pública, **Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Docente da Disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente*

Resumo

Esta pesquisa objetivou conhecer a percepção das mulheres acerca do próprio corpo e do cuidado oferecido pelos profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher. Pesquisa de natureza qualitativa fundamentada nos princípios da fenomenologia. Resultado: a percepção do próprio corpo como alvo de práticas higiênicas; percepção do próprio corpo enquanto processo corpo-mente; percepção do cuidado enquanto prática de conversar e examinar o ser-mulher; entendimento do cuidado através do respeito à privacidade do ser-mulher; e qualidade da vivência do cuidado interfere no retorno ao serviço utilizado. Esperamos com este estudo instigar os profissionais de saúde a respeitar o bem-estar físico-psíquico-social-cultural e espiritual do ser mulher.

Palavras-chave: corpo, cuidado, serviços de saúde da mulher.

Abstract

Body and care: concept of being woman

This research aimed at knowing women self-perception of their body and care given by health professionals who participate in the health woman care. Research of qualitative approach based on phenomenology principles. Result: women self-perception of their body as object of hygienic practices; self body perception as a body-mind process; perception of care while practice of communication and to analyze woman being; understanding care through respect to woman's privacy of being woman; and quality of care influences women to return to health services. We hope that this study instigate health professionals to respect physical, psycho-social, cultural well-being and spiritual of woman being.

Key-words: body, care, women's health services.

Artigo recebido em 24 de março de 2008; aceito em 25 de agosto de 2008.
Endereço para correspondência: Rosália Teixeira de Araújo, Rua Luis Cearense, 308, 45206-190 Jequié BA, E-mail: rosalia@gmail.com

Resumen

Cuerpo y cuidado: concepción integral para la mujer

Esta investigación tiene como objetivo conocer la percepción que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo y los cuidados por parte de los profesionales que actúan en la atención integral de salud a la mujer. Investigación cualitativa basada en los principios de la fenomenología. Resultado: percepción del propio cuerpo con el objetivo de prácticas higiénicas; percepción del propio cuerpo mientras proceso cuerpo-mente; percepción del cuidado como práctica de conversar y analizar el "ser" mujer; entendimiento del cuidado a través del respecto a la privacidad de la mujer; y calidad de la vivencia del cuidado interfiere en el regreso al servicio de salud utilizado. Esperamos con este estudio instigar a los profesionales de salud a respectar el bienestar físico-psíquico-social-cultural y espiritual del ser mujer.

Palabras-clave: cuerpo, cuidado, servicios de salud para mujeres

Introdução

O despertar para uma nova concepção de "corpo" é possível e, sobretudo, necessário. Nosso primeiro contato com as discussões acerca de gênero e corporeidade aconteceu na segunda edição do Fórum Social Mundial, em janeiro de 2002, quando optamos por participar de diversas plenárias, debates e grupos de trabalho que abordaram, dentre outros temas, o atual perfil da mulher brasileira e feminismo revolucionário.

No passado, a concepção da mulher com relação aos seus direitos era bastante limitada e somada a suas funções no ambiente doméstico - servidão ao homem, procriação, garantia da estabilidade do lar [1] - propiciaram uma incisiva atuação da igreja católica, a princípio, no período colonial. Neste período, o catolicismo buscou uniformizar a concepção do relacionamento homem-mulher com o objetivo de formação de famílias, o que garantiria [2] o crescimento populacional e o povoamento da colônia, o fortalecimento do sistema mercantil e a facilidade de controle sobre as pessoas através dos núcleos familiares.

O feminismo, enquanto uma forma de se posicionar diante das questões concernentes ao ser mulher, em todo momento esteve presente nas relações humanas. A partir do século XVIII, o feminismo, que até então passava "despercebido" no cotidiano das pessoas, adquiriu uma forma mais organizada de luta que tinha como alvo o fim da discriminação da mulher, consolidando-se enquanto um movimento coletivo propriamente dito no século XIX, com início na França [1].

A natureza feminina serviu como suporte ideológico para a concepção da "saúde da mulher" voltada apenas para sua função reprodutiva, fortalecendo o encarceramento feminino em questões restritas. Como conseqüência desse reducionismo, à saúde da mulher, até o início dos anos 80, foi fundamentada no Programa de Saúde Materno Infantil – PSMI – enfocando o ciclo gravídico puerperal, através dos serviços verticalizados de pré-natal, parto e puerpério. Outros serviços eram oferecidos também na forma de programas verticais, visando o controle de determinadas afecções, porém sem existir uma articulação entre eles [3].

No entanto, o entendimento de cuidado, que geralmente girou em torno das diferentes concepções de corpo, passou por diversas mudanças de acordo com os diversos paradigmas sócio-históricos.

Assim, a verdadeira transformação da forma de conceber o ser humano acontece no interior das pessoas em seu existir, em seu cotidiano com o outro, sobretudo na relação ser-cliente e ser-profissional-de-saúde. Neste contexto, o cuidado do corpo "implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante" [4].

Durante a realização da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, atuamos no serviço de pré-natal, tal experiência foi uma das mais marcantes em nossa graduação, pois somada à nossa anterior identificação com o cuidado à mulher, especialmente no período gestacional, tivemos a oportunidade de conhecer mais profundamente os sentimentos destas pessoas acerca do cuidado a elas oferecido nas unidades de saúde de uma forma geral.

A mulher, ao longo da história das civilizações, assumiu diferentes expressões nas mais diversas sociedades. Independente do contexto, mundial ou nacional, é inegável que o ser mulher ultrapassou muitos dos limites impostos pelos estigmas sócio-político-culturais, conquistando espaços a cada época, no que se refere ao conhecimento e ao exercício de seus direitos humanos.

Estes relatos nos provocaram um forte impacto e, a partir daí, percebemos o quanto alguém pode ser profundamente atingido por um atendimento fragmentado ou uma abordagem equivocada do seu corpo.

A fragmentação da assistência à saúde em diversas áreas do conhecimento, inclusive na saúde da mulher, além de revelar uma concepção mutilada do ser humano, faz com essa se consulte "em dias diferentes, com profissionais diferentes, sobre distintas partes de seu corpo [5]", gerando uma exposição excessiva que poderia ser evitada.

A integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas, consiste na construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida [6].

Nesse sentido, "a mulher deve ser vista integralmente e não apenas pelo sintoma mais evidente" [5]. Desconsiderado este princípio, a totalidade do ser, tende a se perder em meio às diversas especialidades clínicas e nos diversos serviços criados para atender a um mesmo grupo social. Os serviços de saúde tem atendido a população feminina por "especialidade", na medida em que o profissional de saúde esquece ou é "forçado" pela grande demanda a não perceber que "a mulher com hipertensão pode ter também câncer de mama, colo ou endométrio e necessita de anticoncepção.

Considerando o exposto, fazemos inicialmente uma reflexão acerca do impacto da atenção à saúde da mulher sobre seu bem-estar integral, ou seja, bio-psico-socio-cultural e espiritual, pontuando na seguinte indagação:

- Que percepções as mulheres têm acerca da integralidade do cuidado nos serviços de atenção à saúde da mulher?

A partir deste questionamento, definimos para este estudo o seguinte objetivo:

- Conhecer as percepções do ser-mulher acerca do seu próprio corpo e acerca do cuidado oferecido pelos profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher.

Portanto, a compreensão das complexas relações que envolvem o cuidar é fundamental para a Enfermagem no sentido de concretizar um cuidado integralizado "reconhecendo que mente e corpo não são separados, mas funcionam como um todo" [7], culminando no equilíbrio do processo saúde-doença.

Material e métodos

O presente estudo aborda questões de caráter subjetivo, ao conceber a mulher enquanto um ser humano em sua plenitude e ao entender que cada indivíduo possui um modo de ser-no-mundo. Considerando que essa subjetividade perpassa os diversos passos desta pesquisa, esta se caracteriza enquanto possuidora de uma natureza qualitativa. O desenvolvimento de uma pesquisa desta natureza reflete a intenção de atentar para a face subjetiva da realidade [8].

Encontra-se respaldada na fenomenologia, porém quando se busca desvelar o sentido de um dado fenômeno à luz da fenomenologia, o investigador deve ter o cuidado de não permitir que o conceito prévio interfira no processo de investigação. Tal atitude é chamada de redução fenomenológica ou *epoché*, compreendida por Husserl como a captação da coisa nela mesma, suspendendo quaisquer juízos de valor, permitindo que o fenômeno transcenda à sua própria essência [9].

Este estudo foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde na cidade de Jequié/BA. A amostra foi constituída de nove mulheres selecionadas aleatoriamente que se dispuseram a compartilhar as suas experiências para o desenvolvimento desta pesquisa.

O instrumento adotado pelo presente estudo foi a entrevista aberta, também chamada de entrevista não-estruturada, entendendo-a como uma maneira de guiar a conversação estabelecida entre o pesquisador e a mulher-depoente, em que aquele relata sobre o tema em pauta, sem ferir a liberdade e espontaneidade deste processo.

O processo de construção deste trabalho foi, desde o princípio, pautado nas bases do Código de Ética de Enfermagem. Além disso, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS foi utilizada como referência para os devidos encaminhamentos e para a elaboração dos documentos necessários na execução da pesquisa, assim como para fornecer todas as informações consideradas imprescindíveis aos sujeitos deste estudo.

Os depoimentos passaram por um processo de análise compreensiva, após foram transcritos e, a partir daí, foi realizada uma leitura flutuante, de modo a perceber as falas como um todo. Em um segundo momento, outra leitura foi feita no sentido de destacar dos depoimentos as unidades de significação. O próximo passo consiste em revelar o sentido de cada uma dessas unidades e, depois, na reflexão acerca das unidades de significado, o que permite estruturar o fenômeno.

Discussão

Percepção do próprio corpo enquanto alvo de práticas higiênicas

> (...) Eu gosto do meu corpo porque o corpo faz parte da higiene da pessoa, ter o corpo limpo, tomar banho diário (...). (Ser Água)

O ser humano concretiza seu existir em e através de seu corpo, percebendo e conferindo significados ao corpo-mundo em que vive. Portanto o corpo é o veículo de ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles [10].

Assim sendo, o Ser Água revela entender seu corpo enquanto um meio de realização do autocuidado através de práticas higiênicas, interferindo positivamente em sua auto-estima, quando inicia dizendo "eu gosto do meu corpo porque o corpo faz parte da higiene da pessoa". Com base na fala do autor, o Ser Água deixa transparecer que, no exercício de sua existência em seu corpo, lança-se no projeto do autocuidar-se: "ter o corpo limpo, tomar banho diário". Nesse sentido, o cuidar do próprio corpo gera para esta pessoa uma autovalorização.

Percepção do próprio corpo enquanto processo corpo-mente

A fenomenologia, enquanto ciência que visa superar as diversas dicotomias, a exemplo do homem/objeto e sujeito/mundo, propõe também a superação da dissociação corpo/mente através da noção de que o ser é seu próprio corpo.

> (...) Como um todo, porque não adianta cuidar da mente sem ter o cuidado específico com o corpo, e vice-versa (...). (Ser Ar)

> (...) Olha, eu vejo meu corpo como um todo porque o corpo precisa da mente para funcionar (...) e eu acho que se eu não tiver com minha mente bem, meu espírito, meu corpo também não vai estar bem; eu não vou poder trabalhar bem, eu não vou me sentir bem, algo no meu corpo vai tá estranho (...). (Ser Estrela)

Com relação a isso, Merleau-Ponty afirma: "... eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes, sou meu corpo" [10]. As depoentes, Água e Vento, manifestam claramente este sentido em seus discursos ao dizerem que percebem o corpo "como um todo" e ao fazerem referência ao corpo e a mente enquanto elementos indissociáveis: "acho que tudo são a mesma coisa".

O Ser Estrela expande a idéia do corpo-mente ao reafirmar ligação deste complexo com as atividades diárias, integrando ao mundo, estando de acordo com a seguinte explicação: "... a união entre a alma e o corpo não é selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência" [10].

Percepção do cuidado enquanto prática de "conversar" e examinar o ser mulher

Estar em contato com um sujeito é estar em seu mundo e permiti-lo que o mesmo faça parte do seu, gerando um processo de troca e conhecimento mútuo, concretizando nosso existir enquanto mundo-indivíduo de forma inerente às coisas [10]. Para tanto, há diferentes formas de existir para o outro e no mundo, seja através da fala, do olhar, dos gestos ou mesmo através do próprio silêncio. Para perceber essas diferentes formas de existir faz-se necessário um interesse verdadeiro em compreender o outro no mundo onde estão inseridos.

> (...) Eu achei muito cuidado nela [enfermeira]. Como cuidar da gente, aqueles cuidados que a pessoa tem de ter ao cuidar do paciente. Dialogando (...). (Ser Luz)

> (...) Eu acho que examinar o paciente bem, saber falar com os paciente, tratar os paciente bem, como todos os humanos (...). Ela fica conversando assim, falando umas conversas

> pra distrair a gente, pra gente não ficar nervosa (...). (Ser Mar)

> (...) orientar as gestantes pra fazer exercícios e... fazer exercícios e... procurar sempre a posição, a posição certa pra ajudar o nascimento da criança (...). (Ser Ar)

A relação profissional de saúde – ser mulher, assim como outra relação humana, é permeada por uma esfera de subjetividade, podendo esse componente ser ou não considerado no processo de compreensão do outro. Ao procurar o serviço de atenção à saúde da mulher, esta geralmente carrega consigo uma expectativa acerca do atendimento a ser oferecido.

As depoentes, ao descrever a percepção acerca do cuidado oferecido pelo ser-profissional de saúde, pontuam unanimemente a importância de conversar durante a consulta, pois, estabelecem uma relação de compreensão mútua.

Elas consideraram, ainda, que a conversa possui, dentre outras, uma finalidade marcante de promover o relaxamento, a diminuição da tensão gerada pelo possível receio do contato com o(a) profissional na medida em que ambos – ser-mulher e ser-profissional – se permitem um para o outro. Na medida em que esse efeito acontece, é firmada uma humanização do cuidado – "saber falar com os pacientes, tratar os paciente bem, como todos os humanos". Nessa perspectiva, o corpo do outro não é mais um simples fragmento do mundo [10].

Outro significado que emerge das falas acerca do cuidado do profissional na atenção à saúde da mulher, somada a importância da conversa, está o ato de examinar, conhecer o corpo da mulher com uma atenção mais voltada para as possíveis alterações orgânicas. Faz-se importante ressaltar a consideração feita por Merleau-Ponty acerca do organismo, em que diz que ele *organismo* não existe como uma coisa inerte, mas esboça, ele também, o movimento da existência [10].

Entendimento do cuidado através do respeito à privacidade do ser mulher

Refletindo na essência da subjetividade, esta está ligada na essência do corpo, e à essência do mundo, é porque minha existência enquanto subjetividade, eu a encontro ligada a essência do corpo e à essência do mundo, e porque finalmente o sujeito que sou, concretamente tomado, é inseparável deste corpo-aqui e deste mundo-aqui [10].

O indivíduo constrói seu modo de ser-no-mundo através de um conjunto de percepções acerca dos fenômenos que se apresentam a sua volta, pautado no princípio da intencionalidade e isso envolve, sobretudo, a sensibilidade de cada ser.

> Ele não conversava particularmente assim comigo, ele ficava conversando assuntos pessoais dele com a secretária [...], não é confortável que a gente vai ao ginecologista pra ficar simplesmente com o médico ou a médica e não fica, fica outra pessoa (no consultório). (...) Uma consulta ginecológica deveria ficar simplesmente a paciente com o profissional (...). E de preferência que a porta ficasse fechada, que outras pessoas não entrassem e não invadissem a privacidade da paciente. (Ser Estrela)

Considerando a integralidade do ser humano enquanto corpo-mente-mundo, a sensibilidade permeia a existência em todos os seus âmbitos e o respeito ao elemento "sensibilidade" recai sobre o respeito ao modo de existir do outro. No instante em que tal aspecto é desconsiderado, percebe-se a prática da objetualização do indivíduo e uma objetivação nas ações do cuidar. Essa objetivação leva o ser-profissional de saúde a ignorar o ser-mulher enquanto sujeito da percepção [10].

Qualidade da vivência com o cuidado interfere no retorno ao serviço de saúde utilizado

As experiências já vivenciadas funcionam como um meio de construção para o universo simbólico de cada indivíduo, a partir do qual ele atribuirá os significados das suas experiências futuras. Aquilo que vivemos é e permanece perpetuamente para nós (...). Cada presente que se produz crava-se no tempo como uma cunha e pretende a eternidade [10].

Notamos que o cuidado oferecido pelos profissionais nos serviços de atenção à saúde da mulher forneceu para estas uma complexa coleção de sensações, sentimentos e percepções, de modo que estes forneceram um parâmetro para a formulação da visão prévia de situações semelhantes. Tais situações podem ser representadas por um exame

ginecológico, a experiência de um parto ou mesmo uma consulta mais simples.

> (...) As boas [experiências nos serviços de atenção à saúde da mulher] é que eu me senti bem, que voltaria, no caso, voltaria sempre pra fazer, e as más é que eu não quero nem pensar em voltar a fazer (...). (Ser Sol)

> (...) Voltaria. Eu já fiz e já voltei de novo (...). (Ser Mar)

> (...) Eu... se fosse o caso de vir de novo a ele pra fazer o pré-natal ou pra vir no médico ginecológico, eu vinha de novo com ele (...). (Ser Terra)

Independentemente dos procedimentos ou práticas adotadas em cada serviço de atenção à saúde da mulher, o aspecto mais relevante é o seu sentimento e entendimento diante dele e as repercussões que tal percepção provocará.

Considerando que a cada experiência revivenciada o ser realiza um resgate de seu universo de significações, é possível iniciar uma compreensão acerca da vivência das mulheres nos atendimentos de atenção à saúde da mulher.

Conclusão

O motivo-incômodo que nos impulsionou rumo ao desenvolvimento deste estudo esteve presente em todas as instâncias desta pesquisa, configurando o nosso verdadeiro interesse em alcançar a essência do entendimento do ser-mulher frente à percepção do seu próprio corpo e, a partir daí, como percebia o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde e a influência deste cuidado em suas vidas pessoais.

A percepção do corpo próprio remete ao autoconhecimento, visto que o corpo do ser se constitui do próprio ser. Considerando as descrições feitas, a percepção do próprio corpo feminino se desvela enquanto um meio de exercício da higiene e, através deste autocuidado, exerce a elevação da autoestima/autovalorização. Na medida em que se estabelece essa correlação, dela emerge um significado de compreensão de si mesma também enquanto corpo-mente.

Em relação à integralidade, as depoentes Água e Vento manifestam claramente em seus discursos a percepção do corpo "como um todo" e ao fazerem referência ao corpo e a mente enquanto elementos indissociáveis: "acho que tudo são a mesma coisa". O Ser Estrela vai além, ela expande a idéia do corpo-mente ao reafirmar ligação deste complexo com as atividades diárias, integrando ao mundo. Estrela não estabelece qualquer espécie de hierarquia entre o corpo e a mente, manifesta que a percepção de seu próprio corpo esta relacionada com o processo corpo-mente-mundo ao traçar a íntima conexão destas esferas com o seu existir: "se eu não tiver com minha mente bem, meu espírito, meu corpo também não vai estar bem; eu não vou poder trabalhar bem, eu não vou me sentir bem". Com relação a isso, conclui-se que no que se refere à percepção do cuidado nos serviços de atenção à saúde da mulher, houve um notório desembaraço e desenvoltura por parte das mulheres, já que muitas, além de oferecer seus depoimentos, durante a entrevista, mesmo depois de alcançados os objetivos da tomada, continuaram conversando e socializando suas experiências nos diversos serviços utilizados.

Outra significação atribuída ao cuidado é o respeito à privacidade da mulher, de modo a percebê-la como um ser humano dotado de um mundo subjetivo e em seu conjunto de valores e crenças, principalmente no momento da consulta. O ser, quando entendido e respeitado em sua individualidade e integralidade, exerce o seu existir de forma plena ao passo que interage com o mundo que a ele se apresenta.

A qualidade percebida acerca do cuidado estabelecido na relação entre ser-mulher e ser-profissional de saúde interfere na aceitação e desejo das mulheres em retornar ao serviço, independente do grau de necessidade que elas tenham das ações desempenhadas nesses programas. Quando surge desta relação de cuidado um sentimento de respeito e compreensão mútua, permeada pela sensibilidade, é aumentado o interesse em procurar o serviço novamente.

As relações humanas entre cliente e profissional de saúde exigem um maior desprendimento sensível de ambos os envolvidos, principalmente por parte dos profissionais que podem muitas vezes tender a perceber o ser-mulher de forma dicotomizada e estratificada.

A verdadeira transformação da forma de conceber o ser humano acontece no interior das pessoas

em seu existir, em seu cotidiano com o outro, sobretudo na relação ser-cliente e ser-profissional-de-saúde. Neste contexto, o cuidado do corpo implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante.

Não existe uma receita para o cuidar, existe sim uma "normatização das atividades a serem desempenhadas com cada pessoa ou grupo social". Considerando que cada ser em si é possuidor de uma individualidade e de influências culturais das mais diversas. O cuidado efetivo consiste no processo de conhecer/perceber as peculiaridade e necessidades de cada indivíduo, de modo que este seja ajudado pelo profissional de saúde a restabelecer sua condição de saúde.

É valido referir que existe uma pluralidade de cuidados com o corpo e que a tentativa de impor apenas o cuidado norteado pelo racionalismo científico não dá conta da totalidade do cotidiano do sujeito e de suas subjetividades.

É fundamental salientar que, embora esta temática tenha sido trabalhada nesta pesquisa, esta foi apenas uma "falha deste grande diamante'", ou seja, diante do fenômeno estudado existe uma infinita possibilidade de percepções que podem ser exploradas no sentido de compreender cada vez mais a nossa realidade-mundo.

Referências

1. Toscano M, Goldenberg M. A revolução das mulheres: um balanço do feminismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; 1992.
2. Del Priore M, ed. História das mulheres no Brasil. 3ª ed. São Paulo: Contexto; 2000.
3. Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, eds. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 319-35.
4. Boff L, Muraro RM. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. 3ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2002.
5. Pinotti JA, Faundes A. A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Manole; 1988.
6. Kell MCG. Integralidade da atenção à saúde [online]. [citado 2008 Set 9]. URL: http// www.opas.org.br/observatorio/Arquivos.
7. Paul C, Reeves JS. Visão geral do processo de Enfermagem. In: George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p.21.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1993.
9. Silva AM. Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo de felicidade. Florianópolis: UFSC; 2001.
10. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
11. Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: EdUFF; 2001.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2008;7(5)

Artigo original

Os espaços ocupados pela enfermeira em sala de emergência

Flávia Silva de Souza, M.Sc.*, Renan Tavares, D.Sc.**, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, D.Sc.***

**Professora da Disciplina de UTI do Centro Universitário Plínio Leite, Enfermeira plantonista do setor de Hemodiálise do HUCFF, **Orientador pela UNIRIO, Co-orientadora e Coordenadora do Mestrado UNIRIO em Enfermagem*

Resumo

Trata-se de um artigo original, fruto da dissertação de mestrado, que procurou investigar e discutir sobre os espaços ocupados pelas enfermeiras em Sala de Emergência enquanto cuidam dos clientes. Foi realizada pesquisa de campo, utilizando-se como método para coleta de dados: observação livre, o diário de campo e imagens fixas através de fotografias das enfermeiras em seu *jogo de cuidar*, coletadas através do jogo livre. O trabalho obedece às normas da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, dentro do qual foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelas Enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa. O estudo foi descritivo, com abordagem qualitativa, no qual descrevemos os espaços geográficos e funcionais ocupados pelas enfermeiras. Conclui-se que as enfermeiras ocupam os seus espaços e os espaços dos outros profissionais para trabalhar e atender a todos os clientes que necessitam. Isto porque existe um compromisso com a vida de seus clientes e as faz deslocar de seus espaços para ocupar o dos outros.

Palavras-chave: sala de emergência, cuidado, espaço de cuidar.

Abstract

Areas occupied by nurse in the emergency room

This article was based in a master dissertation and aimed to investigate and discuss about spaces occupied by nurses in Emergency Room while taking care of patients. It was carried out a field research which used as a method of data collection: free observation, field diary and images of nurse photos in their *caring game*. The research is in accordance with CNS Resolution No.196/96 (guidelines and norms regulating research involving human beings) of October 10th, 1996 and an informed consent signed by nurses participants. The study was descriptive with qualitative approach which describes geographic and functional spaces occupied by nurses. It was concluded that nurses occupy their space and also other professionals' spaces to work and to take care of patients, because they undertake a responsibility with patients' life which makes the nurses to dislocate from their spaces to occupy other professionals' spaces.

Key-words: emergency room, care, care's area.

Artigo recebido em 20 de agosto de 2008; aceito em 20 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Flávia Silva de Souza, Estrada do Quafá, 168 casa 1 Bangu 21853-050 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 3467-0421, E-mail: scavocascavoca@uol.com.br

Resumen

Los espacios ocupados por la enfermera en la sala de urgencias

Este artículo original fue fundamentado en la disertación de maestría que tuvo como objetivo investigar y discutir los espacios ocupados por enfermeras en la sala de urgencias mientras cuidan de los pacientes. Se realizó una investigación de campo, utilizando la observación libre, un diario de campo e imágenes fijas a través de fotografías de las enfermeras en su *juego de cuidar*. El estudio obedece las normas de la Resolución 196 (normas que rigen la investigación con seres humanos) de 10 de octubre de 1996, y las enfermeras que aceptaron participar de la investigación firmaron el consentimiento informado. El estudio realizado fue descriptivo, con abordaje cualitativo, y describe los espacios geográficos y funcionales ocupados por las enfermeras. Se concluye que las enfermeras ocupan sus lugares de trabajo y los de otros profesionales para trabajar y cuidar de los pacientes. Esto porque existe un compromiso con la vida de sus paciente y las hace dislocarse de sus lugares de trabajo para ocupar el espacio de otros profesionales.

Palabras-clave: sala de emergencia, cuidado, espacio de cuidar.

Introdução

O presente artigo é fruto de dissertação de mestrado que investigou e discutiu sobre os espaços ocupados pelas enfermeiras em Sala de Emergência enquanto cuidam dos clientes.

A pesquisa acadêmica, ao se interessar em colocar em foco o espaço onde o profissional *faz*, deve partir do princípio de que o sujeito é reconhecido no lugar em que atua. A Sala de Emergência, como espaço de cuidar, saber e agir também pode ser considerada um "laboratório de observação", para a realização de pesquisas científicas voltadas a este ambiente.

Como afirma Santos [1], o espaço é definido como:

> "Um conjunto indissociável de sistema de objetos e sistema de ações e neles é necessário reconhecer suas categorias analíticas internas: a paisagem, a configuração territorial, a divisão do território do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo".

Neste estudo, compreende-se espaço como um conjunto de objetos, de ações e de territórios, permeados pela técnica, a ação, os objetos que nele se encontram, as normas e os eventos [1]. O espaço que serviu de cenário para esta investigação foi a Sala de Emergência.

No espaço Emergência acontecem às ações de cuidar e estas não estão limitadas ao Posto de Enfermagem e ao local onde está o leito do cliente. Neste espaço, importam as relações humanas, as relações de poder, a disputa pelo espaço político e o cuidar das enfermeiras que de tudo fazem para atender a todos os clientes, e não deixar ninguém do lado de fora do ambiente do cuidado.

Contudo, no modelo assistencial vigente, à enfermeira são conferidas inúmeras atribuições e responsabilidades, levando-a a ocupar múltiplos espaços, realizar diversas atividades, algumas destas que não lhe pertencem diretamente, com a perene justificativa de que são ações que envolvem a totalidade do cuidado ao cliente. E ainda, de que somos os profissionais responsáveis pela vigilância e observação dos clientes durante todo o período em que permanecem internados.

Assim, houve interesse por parte dos autores em investigar que espaços a enfermeira ocupa para "apagar incêndios" e conseguir atender a todos os clientes que procuram o Serviço de Emergência.

Nesse contexto, optamos por investigar dois espaços que estão no cotidiano do trabalho das enfermeiras: os espaços funcionais e os geográficos. O espaço funcional diz respeito à ocupação das enfermeiras quando cuidam (direta ou indiretamente dos clientes) e proporcionam meios para que os clientes sejam atendidos [2]. O espaço geográfico abrange os espaços físicos e territoriais para a recepção dos clientes que procuram o serviço de emergência, assim como para o estabelecimento de relações entre todas as pessoas que nele trabalham e por ele transitam.

No decorrer dos sete anos de experiência de trabalho profissional em Sala de Emergência, observou-se situações de ordem prática ao ocupar múltiplos espaços e realizar diversificadas tarefas, algumas que não cabiam a uma enfermeira realizá-las, mas que eram necessárias para que o cliente fosse atendido. Neste cenário, notou-se que uma enfermeira desempenha muitos papéis e, por vezes, não se dá conta de que ocupa também espaços sociais e políticos no complexo trabalho que desenvolve.

O pilar que justifica esta pesquisa está sustentado na identificação dos espaços geográficos e funcionais que a enfermeira ocupa quando cuida dos clientes em Sala de Emergência, buscando investigar e compreender como e por que acontecem seus movimentos e ações, se é uma necessidade imposta pela situação Emergência/Urgência, ou se eles acontecem porque não há a presença de nenhum outro profissional que possa realizar estas ações.

Nesse sentido, este artigo busca apresentar os dados obtidos através de pesquisa de campo, demonstrando os espaços que a enfermeira ocupa em Sala de Emergência enquanto cuida dos clientes.

Espera-se que o estudo possa contribuir para a prática profissional como continuidade das discussões acerca da prática de ocupar espaços, o que devem fazer e por que estão neles. Para o ensino, esperamos que a pesquisa represente uma outra forma de olhar para o espaço de trabalho como lugar de reflexão sobre o valor social e político das ações de cuidar.

Material e método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os métodos de orientação utilizados proporcionaram a descrição e a elucidação dos fenômenos, assim como a natureza relacionada a estes fenômenos [3].

O estudo foi realizado em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.2. A instituição possui 338 leitos no total, distribuídos entre as diversas especialidades de atendimento.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro para a aplicação da técnica de observação livre das enfermeiras em seu espaço de cuidar. O segundo foi estabelecido para o preenchimento do diário de campo, em que houve o registro sobre a descrição dos sujeitos, os meios físicos, as atividades e os comportamentos para posterior análise. O terceiro momento serviu para a realização do jogo livre em que se registrou, em imagens fixas – fotografias, a ocupação de espaços pelas enfermeiras. O jogo, como técnica de pesquisa permite incorporar a conceituação de brincar [4], pois brincar promove o crescimento intelectual nos adultos. Para Winnicott [4] brincar é fazer e este fazer das enfermeiras foi registrado e trazido para a análise das representações e categorização.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde foi aprovada e, após reunião com a Enfermeira Chefe do Hospital que serviu de cenário para a pesquisa, foi iniciada então a coleta de dados, no período de maio de 2007.

O cenário do estudo constitui-se de um hospital público, que presta serviços de ambulatório, internações eletivas, atendimento de Urgência e Emergência. Possui 338 leitos distribuídos em diversas especialidades de atendimento [2].

As enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram em número de 8. Elas possuem em média acima de 10 anos de trabalho naquele ambiente, isto é, conhecem e convivem nele há muitos anos. A jornada de trabalho destes profissionais varia de acordo com o vínculo com a instituição, entre 24 a 40 horas semanais.

Resultados

Os dados produzidos foram organizados, codificados e agrupados nos dois espaços citados pelo estudo: A Geografia Espacial e a Geografia Funcional das Enfermeiras em Sala de Emergência.

Sobre a Geografia Espacial foram identificados 10 espaços dentro da Unidade de Emergência e quem os ocupa: SPA (Sala de Pronto Atendimento, ocupada pelo Guarda Municipal), Sala de Reanimação, UPG Adulto (Unidade de Paciente Grave), UPG Pediátrico, Sala de Sutura, Ortopedia (ocupada pelo médico), Hipodermia, Leitos de Observação, Leitos de Retaguarda da Emergência e Sala da Chefia.

Quadro 1 - Taxa de ocupação de espaço pelas enfermeiras e demais profissionais.

Espaços	% Ocupação	Por quem
10	80	Pela Enfermagem
	10	Pelo Guarda
	10	Pelo Médico

O Quadro 1 mostra que a Enfermagem como equipe de saúde ocupa 80% dos espaços, 10% destes espaços dizem respeito ao guarda municipal e 10% dizem respeito ao médico. Observa-se aqui que a enfermeira e equipe ocupam a maioria dos espaços para cuidar, ou seja, a Enfermagem está na base de tudo o que acontece na Emergência.

Sobre a geografia funcional das enfermeiras em Sala de Emergência, identificamos os cuidados que realizam diretamente, indiretamente e os que dizem respeito a outros profissionais, como demonstra o Quadro 2.

Quadro 2 - Espaços funcionais ocupados pelas enfermeiras e demais profissionais.

Espaços Funcionais	Ocupação pela enfermeira	Ocupação por outros profissionais	Freqüência da ocupação pelas enfermeiras no período de 6 a 8 horas
Aprazamento das prescrições médicas	♠		11
Procurar pelo transporte para transferência de clientes		+	2
Procurar por equipamentos em outro setor	♠ +		2
Preenchimento do Livro de Ordens e Ocorrências	♠		2
Realizar transporte em maca e cadeira de rodas	♠ +		2
Troca de fraldas	♠		2
Banho no leito	♠		7
Organização e limpeza dos leitos		+	2
Checagem de material de ressuscitação cardiorrespiratória	♠		2
Checagem dos materiais de estoque do setor	♠ +		3
Busca pelos materiais de estoque e reposição de medicamentos	♠		6
Admissão de cliente proveniente da enfermaria	♠		1
Recepção de cliente e ciência de seu quadro clínico relatado pelo médico	♠		1
Recepção de cliente crítico	♠		1
Realização de monitorização cardíaca contínua não invasiva	♠ +	+	3
Troca de fixação de tubo orotraqueal e traqueostomia	♠ +	+	3
Aspiração do tubo orotraqueal e traqueostomia	♠ +	+	3
Treinamento do pessoal de Enfermagem e acadêmicos	♠ +	+	4
Exame físico	♠		3
Discussão com estudantes e estagiários sobre o quadro clínico dos clientes	♠		1
Higiene oral	♠		2
Troca de solução de soro	♠		4
Coordenar e supervisionar a equipe de limpeza	♠	+ +	4
Tomada de decisão em situações de risco	♠		3
Remanejamento de funcionários entre setores	♠	+	1
Transporte de cliente para outro setor	♠	+	3
Checar exames pendentes	♠		2
Alocação e distribuição dos clientes nos leitos	♠	+	2
Preparo de material para punção venosa profunda	♠		1
Supervisão dos auxiliares e técnicos de Enfermagem	♠		2
Controle do gasto de material do setor	♠	+	1
Realização de curativos	♠		5
Organização dos Prontuários dos clientes	♠	+	1
Evolução de Enfermagem quando há transferência do cliente na folha de prescrição	♠		1
Escala de pessoal de outros setores	♠		3
Coordenador realiza o cuidado direto ao cliente	♠		2
Assistência de Enfermagem em outros setores	♠		1
Evolução das intercorrências dos clientes de alta complexidade	♠		1
Checagem da existência de vagas no hospital		+ +	3
Realização do senso diário dos clientes	♠		1
Administração de medicamentos endovenosos	♠		1

♠ Ocupação da enfermeira, + Ocupação dos outros profissionais, Cuidados diretos, Cuidados de registros, Cuidados de gerência de material e de pessoal

Além dos espaços funcionais identificamos ações que as enfermeiras realizam, mas que não fazem parte de seus cuidados determinados legalmente. A estas ações chamamos de espaços não funcionais, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Os espaços não funcionais ocupados pelas enfermeiras.

Espaços não funcionais	Como a enfermeira ocupa	Freqüência da ocupação de espaços no período de 6 a 8 horas
Prescrição de medicamentos no prontuário e receituário (aguardando o carimbo médico)	⬆	3
Buscar equipamentos em outro setor	⬆	1
Realizar o transporte de clientes	⬆	4
Limpeza do leito do cliente	⬆	2
Busca na farmácia de medicamentos e reposição dos materiais de estoque	⬆	4
Supervisionar a equipe de limpeza	⬆	3
Escala de pessoal de outros setores	⬆	6
Checar e solicitar vagas em outros setores do hospital	⬆	4
Checar materiais de estoque	⬆	2
Resolver problemas de ordem administrativa e social em outro setor	⬆	6
Procurar por suporte médico nos setores satélites, para que os mesmos realizem a avaliação e visita diária dos clientes (no caso dos leitos de retaguarda, onde não possui médico e linha telefônica para contato)	⬆	1
Resolver problemas elétricos e hidráulicos do setor	⬆	1
Ir à sede da Secretaria Municipal de Saúde para resolver problemas administrativos e sociais do Hospital	⬆	1

Este quadro destina-se a: identificar as atividades que não competem diretamente às enfermeiras, a forma como elas ocupam estes espaços e a freqüência que estes eventos aconteceram no período em que a pesquisa foi realizada.

⬆ Atividades/ funções que não competem diretamente às enfermeiras, mas que fazem porque precisam resolver problemas dos clientes que estão sob seus cuidados e sob sua responsabilidade. ⬆ Atividades que deveriam ser feitas por outros profissionais em outros setores, fazendo com que as enfermeiras saiam de seu espaço para ocupar os dos outros. ⬆ Enfermeiras como supervisoras e cobradoras das atividades médicas.

O Quadro 4 ilustra a natureza da ocupação dos espaços pelas enfermeiras, destacando que de todas as ações que elas realizam, algumas poderiam ser realizadas por outros profissionais, mas que são feitas pelas enfermeiras como estratégia de dar suporte onde há ausência de pessoal.

Quadro 4 - Natureza da ocupação nos espaços funcionais.

Atividades realizadas	O que é da Enfermagem	O que é dos outros
41	40* (27) (atividade mista)	1

Este quadro ilustra a natureza da ocupação dos espaços pela enfermeira, o tipo de ocupação e o que é ocupação de outros profissionais.

Destas 40 atividades ainda identificamos quais as que podem ser feitas por outro profissional como atividade mista, que soma 27.

Discussão

Com os dados obtidos através do Quadro 1, notamos que a enfermagem ocupa 80% dos espaços em Sala de Emergência, para trabalhar e realizar as ações que lhe compete e as que não. Este quadro comprova que nossa profissão é necessária à sobrevivência daquele setor, visto que, supre as necessidades humanas de pessoal para cuidar e organizar o setor.

O Quadro 2 identifica a ocupação de espaços funcionais pelas enfermeiras, demonstrando que elas estão presentes para trabalhar e para tentar solucionar os problemas de imediato. Este ato configura a enfermeira como a profissional que procura organizar seu trabalho e o dos outros, para preparar o ambiente de modo que o cuidado aconteça. Das 41 ações realizadas pelas enfermeiras, 13 são atividades que podem ser realizadas por outros profissionais. Contudo, elas as fazem por falta de profissionais e devido à necessidade imposta pela situação Urgência/Emergência. Esta postura das enfermeiras

caracteriza o processo de trabalho, na Emergência, como precário (precarização), que decorre da flexibilização da força de trabalho [6].

O Quadro 3 mostra o cenário da Emergência como um setor de caos, que contribui para a formação da desordem e, assim, a enfermeira, induzida pela situação, movimenta-se ocupando espaços. Pode-se observar que das 13 ações desenvolvidas, 6 delas são realizadas para resolver problemas que interferem diretamente no cuidado que a enfermeira presta ao cliente. Dentre outras atividades, ela exerce 4 funções, porque não há outro profissional no setor que possa realizá-las, ocupando, assim, estes espaços vazios. As 2 últimas atividades ela as realiza para garantir a assistência a seus clientes de forma integral e individualizada, já que precisa se deslocar para outros setores para solicitar a avaliação e a presença do profissional médico.

Ao ocupar estes espaços funcionais, a enfermeira, como o contra-regra do teatro, "arruma o ambiente para o espetáculo acontecer" e não permite que ele pare, pois o "show tem de continuar". Esta ocupação pode ser interpretada com base na idéia de "espaço potencial ou intermediário" do psicanalista Donald W. Winnicott [4]. Para o autor, espaço potencial: "é um terreno de Jogo, de fronteiras indeterminadas, que faz nossa realidade". Este espaço é intermediário, não é realidade e nem sonho, mas temos consciência de que ele existe quando jogamos.

A enfermeira joga – assim como a criança joga a convite do psicanalista em seu consultório – situações onde as personagens têm funções diversas da sua verdadeira e real função profissional: maqueira, administradora, chefe do serviço de limpeza, assistente social, engenheira hidráulica, dentre outras.

A Emergência é um setor que é "ora de calmaria, ora de guerra, ora de medo, ora de vigilância constante" [5]. Isto é, o próprio setor é propício para toda a movimentação que as enfermeiras fazem, na tentativa de organizar tudo para receber aqueles que necessitam.

A Observação Livre nos fez entender que existe um compromisso das enfermeiras em proporcionar saúde e conforto. Este compromisso é o leme que direciona as ações de cuidar e de proporcionar cuidado, ainda que estas ações não lhes digam respeito diretamente. Assim, elas acabam por realizar também as ações de outros profissionais.

Esta ocupação de espaços geográficos e funcionais só é possível porque a Enfermagem é ágil, detém o saber e o fazer, e as enfermeiras em especial, o poder de fazer. Por esse motivo, a Enfermagem difere dos outros profissionais, porque possui como qualidade, a capacidade de cumprir com aquilo a que se propõe: zelar pela saúde e pelo bem estar de seus clientes. Esta qualidade faz com que as enfermeiras deixem seus espaços para ocupar os dos outros e ainda exercem as atividades que os outros profissionais deixam de cumprir. Assim elas podem proporcionar melhores condições de acolher e cuidar de seus clientes.

Conclusão

Conclui-se que, para cuidar, as enfermeiras desempenham múltiplas atividades, em uma ação logística de preparar tudo "para o espetáculo acontecer". Elas chegam a subverter as leis de seu exercício profissional, quando realizam as atividades que competem a outros profissionais. Um reflexo da situação Emergência/Urgência, associada à precarização do trabalho em saúde, que configura aos trabalhadores múltiplas funções, enfraquecendo assim as lutas por melhores condições de trabalho.

Contudo, este estudo deixa uma lacuna a ser discutida em estudos posteriores: enquanto as enfermeiras ocupam vários espaços geográficos, seus espaços funcionais deixam de ser ocupados.

Um ponto que merece destaque é o compromisso com a vida dos clientes que faz a enfermeira realizar várias atividades, com responsabilidade civil e social de sua prática cotidiana.

Referências

1. Santos M. Natureza do espaço – tempo e técnica, razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Souza FS. A ocupação de espaços em sala de emergência: uma experiência com Enfermeiras que cuidam [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós Graduação; 2008, 158 p.
3. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Winnicott DW. Experiência clínica e experiência estética – jogo como interpretações organizadas. Rio de Janeiro: Revinter;1998.
5. Coelho MJ. Cuidar\Cuidado em Enfermagem de Emergência: especificidades e aspectos distintivos no cotidiano assistencial [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1997.
6. Antunes R. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. Revista de Serviço Social e Sociedade 1996;50(15).

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2008;7(5)

Artigo original

A prescrição de enfermagem na terapia medicamentosa: elaboração de protocolos de cuidados

Flávia Lamberti Pivoto, M.Sc.*, Joice Simionato Vettorello**, Wilson Danilo Lunardi Filho, D.Sc., Valéria Lerch Lunardi, D.Sc.

Enfermeira, Ex-bolsista PIBIC/CNPq,Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Ex-bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, ***Enfermeiro, Professor Associado II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Orientador, ***Enfermeira, Professora Associada II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Co-orientadora*

Resumo

Teve-se como objetivo evidenciar que o cuidado de enfermagem na terapia medicamentosa não fica restrito, apenas, à administração de medicamentos, mas deve contemplar a implementação de outros cuidados decorrentes do seu uso. Para tanto, elaboraram-se protocolos de cuidados de enfermagem na terapia medicamentosa como subsídios à prescrição de enfermagem informatizada. A metodologia constituiu-se de uma pesquisa documental, realizada através do acesso às prescrições médicas de pacientes internados, abrangendo a totalidade dos medicamentos prescritos no período compreendido entre 20 de novembro e 20 de dezembro de 2005, em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário do Estado do Rio Grande do Sul; e consulta bibliográfica, com vistas à elaboração de protocolos, contemplando cuidados específicos de enfermagem considerados suficientes e necessários antes, durante e após a administração desses diferentes medicamentos, por serem, muitas vezes, negligenciados tanto por esquecimento como por desconhecimento da equipe de enfermagem, no cotidiano. Os 89 (oitenta e nove) protocolos de cuidados resultantes foram classificados, de acordo com os grupos farmacológicos aos quais pertenciam os diferentes medicamentos. Para ilustrar, são apresentados cinco protocolos de um dos medicamentos pertencentes a cada um dos cinco grupos farmacológicos mais utilizados nesta unidade de internação, durante o período estudado.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidado de enfermagem, prescrição de enfermagem informatizada.

Abstract

The nursing prescription in drug therapy: developing a care protocol

This study aimed to make evident that nursing care in drug therapy is not restricted only to drug administration, but should contemplate the implementation of other cares resulting from the drug use. Therefore, protocols of nursing care in drug therapy were developed as subsidies to computerized nursing prescription. The methodology consists of a documentary

Artigo recebido em 13 de outubro de 2008; aceito em 20 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Wilson Danilo Lunardi Filho, Rua Dr. Laviera, 167 Jardim do Sol, 96216-040 Rio Grande RS, Tel: (53)2125-3303, E-mail: lunardifilho@terra.com.br

research, carried out through medical prescription of hospitalized patients in a clinic unit of a university hospital of Rio Grande do Sul state, taking into consideration the totality of prescribed drugs from November 20 to December 2005; and, literature consultation, aiming at developing protocols, observing specific nursing care which is considered adequate before, during and after administration of these different drugs, since many times are neglected either by forgetfulness or lack of knowledge of nursing staff. Eighty nine care protocols were classified, according to drug respective pharmacological group. To clarify, five protocols of one of the most used drugs, during the studied period, in this clinic unit, belonging to one of the five pharmacological groups are showed.

Key-words: Nursing, nursing care, computerized nursing prescription.

Resumen

La prescripción de enfermería en la terapia medicamentosa: elaboración de protocolos de cuidados

Este estudio tuvo como objetivo evidenciar que la atención de enfermería en la terapia medicamentosa no queda restricta, únicamente, a la administración de medicamentos, pero debe contemplar la implementación de otros cuidados provenientes de su uso. Para tanto, se elaboraron protocolos de cuidados de enfermería en la terapia medicamentosa como subsidio a la prescripción de enfermería informatizada. La metodología se constituyó de una investigación documental, realizada a través del acceso a las prescripciones médicas de pacientes ingresados, comprendiendo la totalidad de los medicamentos prescritos en el período comprendido entre el 20 de Noviembre y el 20 de Diciembre de 2005, en una unidad de internación clínica de un hospital universitario del Estado de Río Grande do Sul; y consulta bibliográfica, con la finalidad de elaborar protocolos, contemplando cuidados específicos de enfermería considerados suficientes y necesarios antes, durante y después de la administración de eses diferentes medicamentos, una vez que, son muchas veces negligenciados tanto por olvido como por desconocimiento del equipo de enfermería. Los 89 (ochenta y nueve) protocolos de cuidados resultantes fueron clasificados, de acuerdo con los grupos farmacológicos a los cuales pertenecían los diferentes medicamentos. Para ilustrar, son presentados cinco protocolos de uno de los medicamentos pertenecientes a cada uno de los cinco grupos farmacológicos más utilizados en esta unidad de internación, durante el período estudiado.

Palabras-clave: Enfermería, atención de enfermería, prescripción de enfermería informatizada.

Introdução

Com o desenvolvimento de atividades práticas em um Hospital Universitário (HU) pudemos perceber a diversidade de atividades e funções desempenhadas pelo enfermeiro e o quanto a sua atuação na prática diária parece distanciar-se daquilo que, com tanta ênfase, é preconizado pela academia. Na grande maioria das unidades de internação hospitalar, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ainda não se encontra nem total nem mesmo parcialmente implantada.

O enfermeiro, em sua rotina diária, sobrecarregado de atividades, parece não priorizar o que é preconizado para a profissão, ainda que estabelecido e apoiado legalmente. Assim, a equipe de enfermagem, ao invés de prestar atendimento ao paciente, baseado na assistência planejada pelo enfermeiro, ou seja, na prescrição de cuidados de enfermagem, parece fundamentar a realização deste trabalho com base e na dependência da existência de uma prescrição médica, mas com relativo grau de independência, em relação à coordenação e supervisão do próprio enfermeiro [1].

Prova disso é que o enfermeiro geralmente é solicitado pelos componentes da equipe de enfermagem, apenas quando não conseguem implementar a prescrição médica ou realizar algum cuidado ou procedimento técnico. Freqüentemente, quando solicitado por outros profissionais da equipe de saúde, quase sempre é para auxiliar na resolução de problemas dos mais variados, que competem ou não à enfermagem resolver. Portanto, mostra-se muito mais como um facilitador do trabalho dos demais profissionais, muitas vezes, ao deixar de desempenhar atividades de sua real competência e para as quais geralmente apresenta o suficiente e necessário preparo. Assim, não garante uma definição e determinação de seu próprio espaço, limitando-se ao que lhe é atribuído pela administração superior da instituição ou por outros profissionais [2].

Desse modo, ao serem priorizados, os procedimentos decorrentes das prescrições médicas parecem configurar-se como a essência da assistência,

deslocando para a marginalidade as demais práticas cotidianas de cuidado, ao que parece, fundamentalmente caracterizadas como algo rotineiro. Por sua vez, o próprio controle das ações de cuidado parece que se resume à checagem dos itens que compõem as prescrições médicas em seu conjunto, de forma explícita e em atenção às exigências normativas institucionais. Os demais cuidados como em uma operação casada parece que, automaticamente, vêm embutidos nos itens de tais prescrições, prescindindo de explicitação, aparentemente, sem terem necessidade de planejamento prévio, mantendo-se fugidios a qualquer forma de controle mais efetiva, porque desprovidos de qualquer mecanismo mais específico de registro [1].

As anotações de enfermagem têm por finalidade fornecer informações sobre a assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo com isso a continuidade de informações sobre o estado do paciente, o que é indispensável para uma assistência global [3]. Lamentavelmente, a maior parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem ainda não é documentada de maneira escrita, não podendo ser contabilizada, comprometendo o reconhecimento e a valorização tanto da profissão como de seus profissionais. Logo, ao agir dessa forma, o enfermeiro está sendo negligente com sua própria prática, o que pode ser constatado pela insuficiência de registros das experiências ocorridas durante sua jornada de trabalho.

Assim, pela invisibilidade de nossas ações e desconhecimento da natureza e domínio do nosso trabalho, não teremos argumentos válidos e aceitáveis, nem pragmaticamente, nem legalmente, para produzir mudanças almejadas na nossa profissão, mantendo-se pouco definidos os elementos do próprio processo de trabalho da enfermagem, ou seja, seus objetos, seus meios, sua força de trabalho, sua organização e suas relações com outros profissionais da área da saúde [4]. Para que uma definição e conseqüente valorização da profissão aconteçam, torna-se indispensável que o enfermeiro repense sua conduta profissional e passe a assumir a posição de coordenador da assistência prestada, aplicando o conhecimento teórico e prático desenvolvido não apenas na vida acadêmica, mas também no cotidiano de trabalho, caracterizando, assim, um saber teórico implementado e experenciado na prática.

A SAE é um importante recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. O planejamento dos cuidados, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando uma melhor qualidade assistencial. Portanto, é uma ferramenta que o enfermeiro possui para proporcionar uma melhor assistência ao paciente, a partir da aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos e humanos, caracterizando sua prática profissional e colaborando para a definição de seu papel [5,6].

Em um estudo realizado, buscou-se identificar junto aos enfermeiros de um Hospital Universitário (HU) os possíveis motivos da não realização da prescrição de enfermagem e que estratégias podem favorecer sua implantação, implementação e consolidação. Foram apontados como motivos da não realização e implantação da prescrição de enfermagem: o fato de não ser valorizada pelos próprios enfermeiros, pela equipe de enfermagem, pelos médicos e pela administração da instituição; a falta de tempo dos enfermeiros para elaborar as prescrições de enfermagem, em decorrência da alegação de um número insuficiente de funcionários; a não priorização pelos enfermeiros de seu tempo com atividades exclusivas de sua competência e para assistência ao paciente; envolvimento com questões burocráticas e na resolução de problemas dos mais variados, acabando sobrecarregado de funções que não são de sua competência; e a prescrição de enfermagem não fazer parte da rotina institucional [7].

Constatou-se que a grande maioria dos enfermeiros está ciente de que eles próprios são os grandes responsáveis pela não realização da prescrição de enfermagem e pelo quadro de indefinições que vivenciam na profissão. Uma vez que os enfermeiros encontram-se em suas unidades de trabalho sem um papel bem definido, realizam funções que não seriam prioridades de sua ação como cuidadores e gerenciadores da assistência que deve ser prestada aos pacientes pela equipe de enfermagem.

Buscou-se, ainda, identificar se os motivos que levam os enfermeiros a não realizarem a prescrição de enfermagem estariam associados a um processo de formação universitária deficiente. No entanto, contatou-se que a maioria dos entrevistados não atribui a ausência de prescrições de enfermagem a isso, uma vez que, durante a graduação, a sua elaboração é incentivada e exigida. Portanto, aparentemente, os motivos não estão relacionados à falta de capacitação

universitária, mas à valorização que cada profissional atribui para a qualidade da assistência de enfermagem e ao processo de trabalho.

Desse modo, a não elaboração da prescrição de enfermagem não é decorrente da falta de conhecimento e capacidade dos enfermeiros, pois relataram ter relativa segurança na sua elaboração e que são favoráveis a sua implantação na instituição, sendo praticamente unânime o posicionamento quanto à sua colocação em prática ser um fator de valorização profissional, na qual podem demonstrar e aplicar seus conhecimentos, qualificação e capacidade. Em conseqüência dessa forma de atuação, parece haver o amortecimento da existência profissional, que, por sua vez, parece que embota as possibilidades de cada um, a fim de permitir o seu enquadramento ao estreito limite das normas disciplinares institucionais, inibindo, assim, a emergência da criatividade [8].

As estratégias que estes enfermeiros acreditam ser necessárias para facilitar a implantação da prescrição de enfermagem na instituição são: a conscientização dos enfermeiros da importância de sua elaboração; a sua maior qualificação e capacitação, deixando-os mais seguros para exercer com qualidade esta atividade; a realização de reuniões entre enfermeiros para discussão de dificuldades e determinação de objetivos comuns; ser instituída como documento obrigatório da rotina de trabalho da enfermagem na instituição; elaboração de protocolos de cuidados, para facilitar e agilizar a elaboração da prescrição de enfermagem informatizada.

Com esta pesquisa mais recente, ampliou-se a visão acerca da percepção dos enfermeiros quanto à implantação da prescrição de enfermagem na instituição, bem como os motivos que levam a sua não realização e estratégias que facilitariam a sua implementação, colaborando para a sua efetividade, com ações direcionadas aos reais problemas pontuados. Assim, a valorização da enfermagem como profissão depende também de uma postura de reivindicação profissional frente aos problemas que emergem em seu cotidiano de trabalho [9].

Tendo em vista estas percepções, em sua concepção, os protocolos de cuidados de enfermagem são necessários, constituindo-se em importante passo para implementar, em um tempo reduzido, cuidados de enfermagem e sua operacionalização sob a forma de prescrição de cuidados de enfermagem impressa. Cada protocolo constitui-se de um conjunto de ações a serem realizadas para a solução de determinado problema de saúde apresentado pelo paciente, cuja seleção de intervenções gera a prescrição de enfermagem. Mostram-se como uma alternativa para sistematizar as ações de enfermagem. Têm como finalidade auxiliar o enfermeiro, nas tomadas de decisão com segurança sobre os cuidados que devem ser prestados ao paciente, pois integra a evidência prática e a pesquisa [10].

Assim, com a realização do presente estudo, teve-se como objetivo, por meio da construção de Protocolos de Cuidados de Enfermagem no atendimento das necessidades oriundas da terapia medicamentosa, evidenciar que o cuidado de enfermagem não fica restrito, apenas, à administração de medicamentos, mas deve contemplar a implementação de outros cuidados decorrentes do seu uso. Cuidados estes, muitas vezes, negligenciados, no cotidiano, tanto por esquecimento como por desconhecimento da equipe de enfermagem. Estes protocolos de cuidados de enfermagem específicos para a terapia medicamentosa servirão como subsídios para a organização de parte importante do trabalho da enfermagem.

Material e método

Para a elaboração dos protocolos de cuidados de enfermagem na terapia medicamentosa, foi adotada a pesquisa documental. A pesquisa documental contempla a análise de duas formas de documentos: os de primeira mão, que são documentos conservados em arquivos de instituições e órgãos públicos e privados; e os documentos de segunda mão que, de alguma forma, já foram analisados, tais como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. [11-12]. Os dados relativos aos medicamentos usados na unidade de internação clínica de um hospital universitário de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul constituíram-se no objeto da pesquisa documental. A coleta de dados foi realizada por meio da consulta às prescrições médicas de cada paciente internado, no período de vinte de novembro a vinte de dezembro do ano de 2005.

Por sua vez, para subsidiar a elaboração de Protocolos de Cuidados de Enfermagem Orientados para a Solução de Problemas Relacionados à Terapia Medicamentosa, foi realizada uma revisão bibliográfica. A principal vantagem da revisão bibliográfica "reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla

do que aquela que poderia pesquisar diretamente" [11]. Teve-se como finalidade o levantamento das possíveis intervenções de enfermagem direcionadas a evidenciar e conhecer formas adequadas de cuidados aos pacientes, quando em uso de um determinado tipo de medicamento ou de diferentes medicamentos concomitantemente.

Para a seleção dos cuidados de enfermagem pertinentes à administração da terapia medicamentosa pela equipe de enfermagem, grande parte das consultas foi feita ao Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem [13]. Também foram consultados o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF 2003/2004) [14] e a obra Farmacologia Básica e Clínica [15].

Resultados e discussão

Obteve-se como resultado da consulta às prescrições médicas 89 (oitenta e nove) diferentes medicamentos, que deram origem a 89 (oitenta e nove) protocolos de cuidados de enfermagem. Após a elaboração, os protocolos foram classificados conforme o grupo farmacológico de cada medicamento, contemplando os cuidados indicados na bibliografia: 25 (vinte e cinco) protocolos de cuidados de enfermagem relativos a antibióticos, 10 (dez) protocolos relativos aos benzodiazepínicos, 8 (oito) protocolos relativos às vitaminas, 8 (oito) protocolos relativos aos hipotensores, 5 (cinco) protocolos relativos aos analgésicos, 3 (três) protocolos relativos aos laxantes, 3 (três) protocolos relativos aos corticóides, 3 (três) protocolos relativos aos anti-retrovirais, 3 (três) protocolos relativos aos antiparasitários, 2 (dois) protocolos relativos a antiinflamatórios não esteróides (AINES), 2 (dois) protocolos relativos aos diuréticos, 2 (dois) protocolos relativos aos antiinflamatórios, 2 (dois) protocolos relativos aos antidiabéticos, 2 (dois) protocolos relativos aos antiulcerosos pépticos, 1 (um) protocolo relativo a antiulcerosos dérmicos, 1 (um) protocolo relativo a digitálico, 1 (um) protocolo relativo a broncodilatador, 1 (um) protocolo relativo a antiemético, 1 (um) protocolo relativo a anti-histamínico, 1 (um) protocolo relativo a antimicótico e 1 (um) protocolo relativo a anticoagulante.

Para ilustrar, serão apresentados a seguir protocolos de cuidados relativos a um medicamento representante de cada um dos cinco grupos farmacológicos com maior número de prescrições, com as respectivas justificativas de sua observância.

Antibióticos: **Ceftriaxona**

Uso de Ceftriaxona por via intramuscular

Não administrar ceftriaxona, se eritema maculopapular, rash, urticária, náusea, vômito, diarréia, dor abdominal, icterícia, dor, edema, dispnéia, cefaléia, desmaio e hipertermia e comunicar o enfermeiro.

Administrar ceftriaxona IM profundamente, em região glútea.

A ceftriaxona tem a capacidade de sensibilizar o indivíduo e pode desencadear uma série de reações de hipersensibilidade. A irritação local pode produzir dor intensa, após a injeção intramuscular e tromboflebite, se administrada endovenosamente. A estabilidade das soluções é variável, conforme o diluente utilizado. O uso da droga concomitantemente a aminoglicosídeos, diuréticos de alça, bacteriostáticos, probenicida e demais drogas nefróticas ocasionam o aumento da nefrotoxidade [13,15].

Benzodiazepínicos: **Diazepam**

Uso de Diazepam por via oral

Administrar Diazepam com alimentos.

Durante e após a administração de Diazepam monitorizar os sinais vitais (a cada 15 min.).

Manter repouso por três horas, após a administração de Diazepam.

A administração de Diazepam pode produzir depressão do SNC, comprometimento do discernimento e diminuição da capacidade motora. Sua administração por via oral deve ser feita juntamente com alimentos, para evitar desconforto gastrointestinal. Devido à absorção irregular, lenta e dolorosa, pode ocasionar dor, queimação e vermelhidão. Se for realmente necessário, pode ser administrado por via intramuscular profunda. A administração por via intravenosa pode causar irritação e flebite (evitar extravasamento), se administrado em veias de fino calibre (veias do dorso das mãos e pulsos) e pode causar hipotensão e taquicardia, se administrada rapidamente (administrar lentamente, 5 mg/min.). Não é compatível com outras drogas e substâncias (não armazenar em seringas plásticas nem misturar com outras substâncias). O uso concomitante de diazepam com cimetidina aumenta o nível de sedação; com depressores do SNC ocorre o aumento do efeito depressivo; com digoxina há maior risco de intoxicação digitálica, devido ao aumento do nível sanguíneo da digoxina;

com fenobarbital, aumenta o efeito de ambas as drogas [13,15].

Vitaminas: Vitamina K

Uso de vitamina K por via intramuscular – paciente masculino

Estimular o uso de barbeador elétrico e escova de dentes macia.

Estimular a ingesta alimentar.

Realizar pressão no local da aplicação.

A vitamina K é necessária para a formação hepática dos fatores de coagulação II (protrombina), VII, IX, e X. É essencial para a coagulação normal e prevenção de sangramentos. O paciente com déficit dessa vitamina pode ter hemorragia. Com freqüência, ocorre deficiência de vitamina K em pacientes hospitalizados. A dieta deve ser rica em alimentos como café, figado bovino, vegetais verde-escuro, tomate, carne de porco, leite de vaca e outros alimentos ricos em vitamina K. Quando necessário, administrar vitamina K preferentemente por via oral ou subcutânea. Estas recomendações precisam também ser dadas nas orientações para a alta. Com o uso concomitante de antibióticos (de amplo espectro) pode ocorrer um possível aumento das exigências de vitamina K; com o uso concomitante de anticoagulantes, há redução do efeito dessas drogas; o óleo mineral ocasiona menor absorção de vitamina K e de outras vitaminas lipossolúveis. A via endovenosa somente deve ser utilizada em casos de emergência, devendo ser administrada lentamente (1 mg/min.), devido a poder provocar dispnéia, dor lombar, dor torácica e, até mesmo, a morte, e realizada a pressão no local da punção, durante 5 min [13,15].

Hipotensores: **Enalapril**

Uso de Enalapril por via endovenosa

Não é necessário diluir a droga, administre lentamente, em no mínimo cinco minutos.

Recomende ou mude lentamente o paciente de posição no leito, após a administração endovenosa de Enalapril.

O enalapril é um hipotensor arterial, inibidor da Enzima da Conversão da Angiotensina (ECA). Essa inibição resulta na diminuição da atividade vasopressora do coração. Seu uso concomitante com antiinflamatórios não-esteróides (AINEs) neutraliza a resposta anti-hipertensiva. Com o uso concomitante de alupurinol, há maior risco de reações de hipersensibilidade; com antiácidos, há diminuição da sua absorção; com capsaicina, possível aumento da incidência de tosse; com ciclosporina, possível hipocalemia; com digoxina, aumento dos níveis e possível maior risco de toxidade por esta droga; com diuréticos, possível hipotensão excessiva; com rifampicina, possível diminuição na eficácia do enalapril. A mudança rápida de decúbito do paciente no leito, durante a terapia, bem como a administração endovenosa rápida da medicação pode causar hipotensão acentuada [13,15].

Analgésicos: **Morfina**

Uso de morfina por via subcutânea

Fazer rodízio nos locais de aplicação da morfina.

Monitorizar, após a administração de morfina, os sinais vitais a cada quinze minutos, na primeira hora e, após, de hora em hora.

Fazer ou orientar o paciente a realizar enxágües orais freqüentes.

Comunicar ao enfermeiro, se constipação (ausência de evacuação igual ou superior a três dias), náuseas, vômito e retenção urinária.

A morfina é um importante analgésico entorpecente, seu uso concomitante com depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) aumenta o efeito depressor e, quando concomitante aos neuroepiléticos, aumenta o risco de depressão respiratória. Pode causar constipação, pelo fato de existir receptores opióides no trato gastrointestinal e, com isso, ocasionar a diminuição de motilidade (contração e relaxamento rítmicos) e o tônus do intestino delgado em repouso ser aumentado com espasmos periódicos, porém a amplitude das contrações não propulsivas é acentuadamente diminuída. A náusea e o vômito são causados pelo fato da morfina poder ativar a zona de gatilho quimeoreceptora do tronco cerebral e a retenção urinária ocorre pelo aumento do tônus dos esfíncteres. A morfina pode produzir depressão respiratória significativa, ao inibir os mecanismos respiratórios do tronco cerebral. Pode ocasionar hipotensão, devida à dilatação arterial e venosa periférica. Pode ocorrer hipotensão grave, se administrada de forma rápida, além de causar diminuição de salivação e, com isso, boca seca [13,15].

Conclusões

Parece existir, ainda, o entendimento de que os cuidados de enfermagem ao administrar medi-

camentos restringem-se a cumprir o que consta nos itens da prescrição médica. Os protocolos de cuidados de enfermagem relacionados à terapia medicamentosa correspondem àqueles cuidados de enfermagem necessários de serem realizados antes, durante e após a administração de qualquer medicamento. Tem por finalidade estimular e promover a consciência dos profissionais de enfermagem de que existem cuidados relativos à administração da terapia medicamentosa, que vão além do que usualmente realizam e reconhecem como o fazer da enfermagem.

Utilizar a metodologia científica na realização das ações de enfermagem, por meio da Prescrição de Cuidados de Enfermagem constitui meio de demonstrar a autonomia da profissão, registrar as ações e definir as atribuições profissionais. Para organizar o trabalho da enfermagem através do planejamento, o envolvimento dos profissionais da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro, em sua elaboração e implementação é fundamental, originando mudanças de comportamento e promovendo modificações tanto no modo de fazer como de pensar a profissão. Os protocolos de cuidados de enfermagem específicos para a terapia medicamentosa servem como subsídios para a organização do trabalho da enfermagem.

O objetivo do estudo foi sendo alcançado, à medida que a sua construção ia perfazendo os caminhos propostos. Identificar os medicamentos mais utilizados em uma unidade de internação clínica e buscar na literatura as diferentes formas de cuidar exigidas pela terapia medicamentosa expuseram a gama de ações que envolvem o fazer da enfermagem, no simples ato de administrar diferentes tipos de medicações.

Visualiza-se que a inserção dos protocolos de cuidados de enfermagem elaborados não só em relação à terapia medicamentosa, mas para os demais problemas e situações vivenciadas por pacientes hospitalizados, num programa informatizado de Processo de Enfermagem, pode constituir-se em etapa possível e necessária para que seja gerada a Prescrição de Enfermagem Informatizada, com vistas a brindá-los com todos os cuidados de enfermagem a que têm direito e são merecedores.

Referências

1. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. 2ª ed. Pelotas: Universitária – UFPel; 2004.
2. Lunardi Filho WD. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. Cogitare Enferm 1997;2(1):90-5.
3. Gonçalves JO. A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.
4. Leopardi MT. Prefácio. In: Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. 2ª ed. Pelotas: Universitária – UFPel; 2004.
5. Leifert RMC. A sistematização da assistência de enfermagem como diferencial estratégico para a enfermagem. Cadernos Centro Universitário São Camilo 2000;6(2):7-12.
6. Sperandio DJ, Évora YDM. A introdução de tecnologias na prática de enfermagem: construção de software para o planejamento da assistência de enfermagem. Cadernos Centro Universitário 2002;36-40.
7. Pivoto FL, Lunardi Filho WL, Lunardi VL. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare Enferm 2004;9(2):32-42.
8. Ferraz CA. A transfiguração da administração em enfermagem – da gerência científica à gerência sensível [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1995.
9. Herminda PM. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2004;57(6):733-7.
10. Aquino DR. Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal de Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
12. Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
13. Soares NR. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004.
14. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 32ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas LTDA; 2003/2004.
15. Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Revisão

Doenças intestinais inflamatórias: atualização e aspectos epidemiológicos da macrorregião de saúde leste do estado de Minas Gerais

Ana Paula do Carmo Emerick*, Flávia Márcia Oliveira, D.Sc.**, Elisângela Guimarães Soares***

*Graduanda do curso de Enfermagem do Unileste MG, **Bióloga, Professora do UnilesteMG, ***Enfermeira, Professora do Unileste MG, Mestranda em Enfermagem

Resumo

A Doença de Crohn e a Colite Ulcerativa são entidades clínicas distintas que se incluem no grupo das doenças intestinais inflamatórias. Este artigo trata de um estudo bibliográfico e epidemiológico com o objetivo de descrever a produção do conhecimento em doenças inflamatórias intestinais, levando em consideração os casos de internações registrados, decorrentes do agravamento da doença, na Macrorregião de Saúde Leste do estado das Minas Gerais. As doenças inflamatórias intestinais são consideradas um dos grandes problemas da população moderna, uma vez que geram repercussões importantes na qualidade de vida de seus portadores, acarretando alterações no âmbito social, psicológico e profissional. Durante o período de 1998 a 2005, foram registradas 363 internações hospitalares, em função das doenças intestinais inflamatórias, distribuídas em 184 e 179 casos no gênero masculino e feminino, respectivamente. Pesquisas devem ser conduzidas a fim de delinear o perfil dos portadores de doenças inflamatórias intestinais bem como detectar alterações biopsicossociais.

Palavras-chave: doenças intestinais inflamatórias, fatores biológicos, perfil de impacto da doença, assistência integral à saúde.

Abstract

Inflammatory bowel disease: continuing education and epidemiology in the east region of the state of Minas Gerais

Inflammatory bowel disease is an umbrella term used to describe Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. Both diseases are correlated but exhibited distinct clinical aspects. This literature review describes the knowledge production in intestinal inflammatory disease taking into consideration the register of hospital internments in the east of Minas Gerais. Inflammatory bowel diseases have repercussions on quality of life repercussions at social, psychological and professional levels, they are considered one of the greatest problems of the modern population. During the period of 1998 to 2005, 363 internments were registered 184 men, 179 women). The results suggested that researches should be conducted in order to delineate the profile of the patients with inflammatory bowel diseases as well as to detect their psychological and physical alterations.

Key-words: inflammatory bowel diseases, biological factors, sickness impact profile, comprehensive health care.

Artigo recebido 13 de setembro de 2008; aceito em 5 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Flávia Márcia Oliveira, Rua Bárbara Heliodora, 725 Bom Retiro, 35160-215 Ipatinga MG, E-mail: lab.saude@yahoo.com.br / fmo.75@hotmail.com

Resumen

Enfermedades inflamatorias intestinales: actualización y aspectos epidemiológicos de la macroregión de salud leste del estado de Minas Gerais

Las enfermedades inflamatorias del intestino se ponen en correlación, pero se exhiben aspectos clínicos distintos. Este artículo trata de un estudio bibliográfico y epidemiológico para describir la producción del conocimiento en enfermedades inflamatorias intestinales que tiene en cuenta el número de internaciones registradas en hospital del este de Minas Gerais. Puesto que las enfermedades generan repercusiones en la calidad de vida de los portadores en los niveles social, psicológico y profesional ellas son consideradas uno de los grandes problemas de la población moderna. Durante el año de 1998 a 2005, 363 internaciones fueran registradas, en función de las enfermedades inflamatorias intestinales, que se distribuyeron en 184 y 179 casos en el género masculino y femenino, respectivamente. Los resultados muestran que se deben realizar investigaciones para delinear el perfil de los pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino así como descubrir las alteraciones psicológicas y físicas.

Palabras-clave: enfermedades inflamatorias del intestino, factores biológicos, perfil de impacto de enfermedad, atención integral de salud.

Introdução

O impacto das doenças intestinais inflamatórias

A Doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerativa (CU) são entidades clínicas distintas, porém relacionadas, que se incluem no grupo das doenças intestinais inflamatórias (DII). Essas patologias estão freqüentemente associadas a distúrbios nutricionais significativos como, por exemplo, desnutrição protéico-calórica, deficiência de vitaminas e elementos traços.

As doenças crônicas, como as inflamatórias intestinais, são consideradas um dos grandes problemas da população moderna, pois tendem a ser progressivas, gerando repercussões importantes na qualidade de vida de seus portadores que acarretam alterações no âmbito social, psicológico e profissional [1]. Um outro fator, que agrava a situação dos pacientes portadores de DII no Brasil, é a escassez de estudos e divulgação desse grupo de patologias, o que contribui para o atraso no diagnóstico e aumento da morbidade.

Este artigo trata de um estudo bibliográfico e epidemiológico, cuja trajetória metodológica percorrida apóia-se nas leituras exploratórias e seletivas do material pesquisado. O objetivo foi descrever a produção do conhecimento em doenças intestinais inflamatórias, levando em consideração os casos de internações registrados, decorrentes do agravamento da doença, nas unidades de saúde da Macrorregião de Saúde Leste do estado das Minas Gerais.

Métodos

O levantamento bibliográfico foi realizado através das bases de dados: BDENF, Lilacs, Medline e Scielo, utilizando palavras-chaves como Doença de Crohn, Colite Ulcerativa, doenças intestinais, gastroenterologia e enterocolite. Além disso, foram considerados livros técnicos na área das ciências da saúde.

Para a realização do levantamento dos dados epidemiológicos e de morbidade da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa foi utilizado o sistema de informação de internações hospitalares SIH (www.datasus.gov.br) através do qual foram selecionados os parâmetros de internação, tempo médio de internação e óbitos ocorridos na Macrorregião de Saúde Leste do estado das Minas Gerais durante os últimos 8 anos.

Revisão de literatura

Imunopatologia das doenças intestinais inflamatórias

Apesar da etiologia desconhecida, a presença de histórico familiar e de fatores ambientais predisponentes como, por exemplo, antígenos derivados da microbiota e da dieta, grau de exposição aos patógenos intestinais, consumo de tabaco e uso de medicamentos antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) parecem estar ligados ao desenvolvimento das doenças inflamatórias intestinais [2].

Foi postulado que a associação de genes que conferem susceptibilidade à patologia com fatores

endógenos ou exógenos inicia alterações na modulação da resposta imune [3,4]. Posteriormente, a amplificação dos sinais inflamatórios através da ação dos macrófagos, linfócitos e neutrófilos, resulta nos danos teciduais [5]. Estudos descrevem o aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias Interleucina -1 beta (IL-1β), Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF-α) e IL-6 na mucosa intestinal inflamada e nos monócitos obtidos a partir do sangue periférico dos portadores destas doenças [6-8].

O aumento das citocinas inflamatórias também está associado com as manifestações clínicas extra-intestinais, uma vez que ocorrem mudanças no metabolismo ósseo, resultando em perda de massa óssea e déficit de crescimento em crianças [9].

Considerando as alterações histopatológicas, existem diferenças significativas entre a Colite Ulcerativa (CU) e a Doença de Crohn (DC). A CU é uma reação inflamatória difusa, caracterizada pela presença de abscessos nas criptas intestinais e infiltrada de neutrófilos, plasmócitos e eosinófilos na lâmina própria, que acomete as regiões mucosa e submucosa do colón e reto [10,11]. A doença é caracterizada por períodos de recidiva sintomática e remissões apresentando como os principais sintomas diarréia, enterorragia, tenesmo, eliminação de muco e dor abdominal hipogástrica [12].

Por outro lado, a DC é uma inflamação crônica transmural, em todo o segmento intestinal, que se caracteriza por apresentar regiões afetadas entremeadas por zonas saudáveis [10,11]. Acomete, com maior freqüência, o íleo terminal e o cólon, iniciando-se tipicamente com crises de diarréia, febre, dor abdominal recorrente, geralmente, periumbilical e emagrecimento. Na evolução, podem surgir complicações locais e sistêmicas [12].

Sinais e sintomas das doenças intestinais inflamatórias

Nas DII ocorre uma grande correlação da gravidade com a extensão das lesões. Os principais sintomas incluem aumento dos movimentos intestinais, perda de sangue, dor abdominal, náusea, vômitos e anorexia. O curso clínico e os sintomas podem variar, em alguns pacientes ocorrem períodos de remissão e de exacerbação, mas em outros, a doença segue fulminante [13]. Nas crianças e adolescentes deve-se destacar o atraso no crescimento e na aparição dos sinais da puberdade [14,15].

A DC e a CU podem ou não estar associadas a manifestações, sendo mais freqüentes as mucocutâneas, oculares, articulares, ósseas e hepáticas [13,16]. Também já foram relatados maiores riscos de desenvolvimento de eventos tromboembólicos, hematológicos, bem como manifestações neurológicas, cardíacas, tireóideas, nefro-urológicas [12,13,16-18].

Os pacientes também apresentam impactos psicológicos e fisiológicos como, por exemplo, letargia, depressão, medo por causa da diarréia e, conseqüentemente, isolamento social e redução da atividade sexual [16,19].

Epidemiologia das doenças intestinais inflamatórias

As DIIs ocorrem em todo mundo e representam sério problema de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens, possuem períodos de recidivas freqüentes e exibem formas clínicas de alta gravidade [20]. A idade de início da doença está entre os 10 e 40 anos. Não há predominância de sexo, mas uma possível associação com certos grupos étnicos [16].

As DIIs são mais comuns no norte da Europa e nos Estados Unidos, onde são diagnosticados de 5.000 a 10.000 novos casos por ano [21]. No entanto, importantes trabalhos retrospectivos demonstraram a noção de que está havendo uma tendência mundial para o aumento da incidência da DC [22,23]. Um aspecto interessante, porém ainda não elucidado, constitui no aumento da incidência de DII em países cujas condições socioeconômicas vêm sendo melhoradas como, por exemplo, em países da América Latina [24].

A DC e a CU foram consideradas raras nos países da América do Sul, porém estudos recentes apresentaram o aumento do número de casos no sudeste do Brasil, mais especificamente no interior do Estado das Minas Gerais [25] e no hospital universitário localizado em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo [20].

Diagnóstico e manejo das doenças intestinais inflamatórias

Para o diagnóstico das DII, além do exame clínico, são realizados inúmeros testes e exames tais como a radiografia de abdômen que pode revelar sinais de dilatação, constrição intestinal, obstrução e perfuração; a endoscopia, sendo considerada como

principal exame que fornece informações sobre a intensidade, extensão e possíveis diagnósticos diferenciais; e exames complementares que possibilitam avaliar o impacto da doença sobre outros parâmetros como hemograma, detecção de infecções entre outros [16,26].

O manejo da DII vai depender da extensão e gravidade das lesões, bem como do segmento intestinal envolvido. O tratamento tem como objetivo reduzir a inflamação com conseqüente reparo das lesões a fim de melhorar o ***status*** nutricional.

Para que as necessidades nutricionais dos portadores de DII sejam atingidas, a terapia nutricional inclui desde a avaliação nutricional completa do portador da doença até a prescrição de dietas individualizadas [16,27]. Entretanto, os pacientes portadores de UC não possuem melhora do prognóstico da doença através das dietas. No caso da DC, dietas elementais e poliméricas podem ser prescritas, porém é importante ressaltar que, devido ao custo elevado o abandono do tratamento é freqüente [28].

Alternativas como recomendação de maior ingesta de líquidos, dietas hipercalóricas ricas em proteínas e pobre em micropartículas - aditivos químicos e contaminantes do solo -, além de reposição vitamínica e de ferro, podem reduzir o desconforto e melhorar o estado nutricional [16,28].

No geral, devem ser evitados produtos derivados do leite e a prescrição de dietas ricas em fibras para pacientes com DC ainda é contraditória [28].

O tratamento farmacológico vem sendo extensivamente pesquisado e visa diminuir os sintomas e o processo inflamatório. Na busca da redução da peristalse para promover o descanso do intestino inflamado são usados antiperistálticos, antidiarréicos e sedativos que são mantidos até o momento em que as fezes do paciente tenham aspectos e freqüência normais [29].

Ensaios clínicos empíricos reconhecem a utilidade do uso de antibióticos para o tratamento de pacientes com DC que apresentam fístulas perianais [30], contudo não se verifica tal ação para pacientes com CU [31].

Os aminosalicilatos possuem boa atividade dos pacientes portadores de DII, principalmente o 5-aminosalicílico (5-ASA), uma vez que são mais tolerados pelos pacientes em função da redução dos efeitos colaterais [16,32].

Os corticosteróides, especialmente prednisona, hidrocortisona e budenisonide têm se mostrado eficazes no tratamento das DII oferecendo rápida e efetiva redução dos sintomas através da inibição da inflamação. Entretanto, cuidados especiais devem ser tomados no uso prolongado de corticosteróides devido ao aumento da possibilidade de desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes e osteoporose [12,16].

Quando as terapias citadas anteriormente são ineficazes, existe a possibilidade do uso de terapia imunossupressora. Geralmente, a mesma é necessária em 20% dos pacientes portadores de DII. Os mais indicados incluem a azatioprina, methotrexate e ciclosporina [16]. Vale ressaltar que, durante a terapia, é necessário o monitoramento de parâmetros diversos do paciente como hematológicos e hepáticos, uma vez que existe o risco aumentado de neutropenia seguida de infecções oportunistas, linfoma e mialgia severa.

Novas terapias promissoras para os casos resistentes ou complicados de DC, já aprovadas por órgãos competentes, incluem o Infliximab e CDP541, que são anticorpos monoclonais que inibem a ação do TNF-α, a principal citocina inflamatória envolvida na imunopatogênese das doenças intestinais inflamatórias. No entanto, o alto custo, os efeitos colaterais e ausência de profissionais especializados no manejo do tratamento limitam a utilização desses anticorpos monoclonais [5,16].

O tratamento cirúrgico é indicado quando as medidas conservadoras falham no alívio dos sintomas da doença. Na CU a cirurgia consiste em um excelente método de tratamento e cura. No entanto, só é indicada quando a crise grave é mantida durante 10 dias sem resposta adequada aos tratamentos ou com a piora do quadro clínico. Por outro lado, na DC a cirurgia não resulta na cura da doença. Portanto, a indicação de cirurgia segue padrões mais conservadores, uma vez que é indicada apenas após uma avaliação rigorosa das complicações resultantes da DC tais como, hemorragia, perfuração e obstrução intestinal [16,26].

O processo de enfermagem nas doenças intestinais inflamatórias

O histórico de enfermagem deve incluir a história de saúde para identificar o início, a duração e as características da dor abdominal; a presença de diarréia e urgência fecal, tenesmo, febre, náuseas, anorexia ou perda de peso; e história familiar de doença intestinal inflamatória. Os padrões dietéticos,

de eliminação intestinal, as alergias e intolerâncias ao leite também devem ser avaliados. O paciente pode indicar distúrbios de sono se a diarréia ou a dor ocorrerem à noite. O exame físico inclui ausculta abdominal para os sons intestinais e suas características, palpação do abdômen para distensão, sensibilidade a dor; e inspeção da pele para evidência do trajeto da fístula ou sintomas de desidratação. As fezes devem ser inspecionadas quanto à presença de sangue ou muco [16,29].

Os diagnósticos de enfermagem nas DII podem incluir: nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais, caracterizada por perda de peso, relacionada a náuseas, restrições dietéticas, má absorção, diarréia e anorexia; diarréia relacionada à inflamação intestinal e má absorção; constipação relacionada à obstrução mecânica por estenose; disfunção sexual, caracterizada por alterações no desempenho sexual, relacionada à dor e medo de incontinência fecal; risco para solidão, caracterizado por privação afetiva e isolamento social relacionado à incontinência fecal; risco de perda de integridade da pele relacionado à má nutrição; dor abdominal relacionada ao aumento da peristalse e inflamação; déficit de volume hídrico relacionado à anorexia, náusea e diarréia; ansiedade relacionada à cirurgia iminente; dificuldade de lidar com a situação relacionada aos repetidos episódios diarréicos [29].

A enfermagem deve preocupar-se em desenvolver metas para a estabilização do paciente tais como normalização do padrão de eliminação intestinal, alívio da dor, prevenção de déficit de volume hídrico, manutenção do peso e estado nutricional adequado, evitar fadiga, redução da ansiedade, orientação do paciente e de seus familiares em relação à doença bem como interação com uma equipe multiprofissional [16].

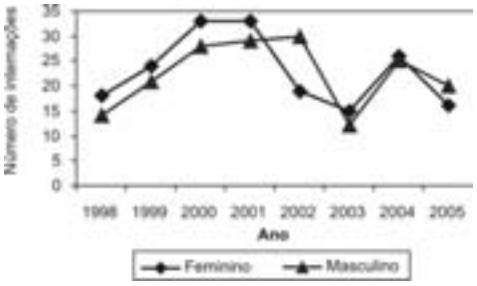
A prescrição de enfermagem nas DII é constituída de protocolos, técnicas e monitoramentos, que devem satisfazer as metas estabelecidas. A avaliação das respostas ao cuidado implementado ao paciente deve ser contínua a fim de garantir assistência holística e humanizada de maneira que a evolução do paciente seja o mais favorável possível no sentindo de atender às necessidades humanas básicas alteradas.

Situação epidemiológica da macrorregião de saúde leste do estado das Minas Gerais: internações, tempo médio das internações e óbitos

Foram coletados os dados a partir do ano de 1998, uma vez que corresponde à data de início dos registros dessas doenças no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Durante o período de 1998 a 2005, foram registradas 363 internações hospitalares, em função das doenças inflamatórias intestinais, distribuídas em 184 e 179 casos no gênero masculino e feminino, respectivamente. Portanto, não foi observada a predominância de acordo com o gênero, fato que está de acordo com estudos internacionais [21,22]. O gráfico 1 mostra a distribuição do número de internações ao longo dos anos.

Gráfico 1 - Doença de Crohn e Colite Ulcerativa: Número de Internações Segundo o Gênero, 1998-2005, Macrorregião Leste do Estado das Minas Gerais, Brasil



No entanto, cabe ressaltar que a existência de problemas nos sistemas de informação de saúde como, por exemplo, qualidade dos prontuários [33], registros constituídos apenas pelas redes públicas hospitalares e conveniadas, além da característica crônica da doença seguida de períodos de exacerbação, podem alterar a realidade da situação. Geralmente, os portadores de doenças crônicas procuram com maior freqüência a rede privada para o acompanhamento da situação de saúde [34].

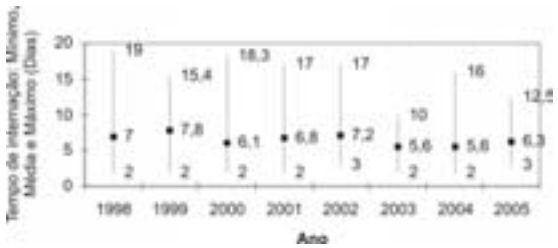
Apesar dos problemas dos sistemas de informações, os parâmetros mais confiáveis incluem o diagnóstico, tempo de internação e óbitos [33]. Portanto, através desse instrumento é possível visualizar a situação do grupo de portadores de doenças intestinais inflamatórias quanto à utilização dos serviços públicos hospitalares.

Foram registrados apenas 4 óbitos. A doença apresentou um coeficiente de letalidade igual a 5 mortes a cada 1000 mulheres internadas e 10 mortes a cada 1000 homens internados, confirmando a baixa letalidade encontrada em outros estudos [35].

Um dos aspectos importantes observados é o tempo de internação que essas doenças demandam nos hospitais, caracterizando o alto grau de mor-

bidade da doença (gráfico 2). O tempo médio está em torno de 6,5 dias o que implica em alterações biopsicossociais no paciente e na família, bem como altos gastos com os serviços de saúde.

Gráfico 2 - Doença de Crohn e Colite Ulcerativa: Mínimo, Média e Máximo do Tempo de Internação Hospitalar, 1998-2005, Macrorregião de Saúde Leste do Estado das Minas Gerais, Brasil



Conclusão

Os resultados epidemiológicos obtidos a partir dos sistemas de informação de saúde podem ser comprometidos pela subnotificação do número de internações, bem como pela falta de padronização dos critérios diagnósticos e de profissionais especializados. No entanto, constitui um estudo preliminar de importância, pois identifica a utilização e demanda dos serviços públicos hospitalares pelos pacientes portadores da doença de Crohn.

Os períodos de exacerbação, as inúmeras complicações e o aspecto crônico dessas doenças tornam a evolução e o tratamento complexos, gerando impactos para o indivíduo no que se refere às alterações biopsicossociais e para a sociedade devido aos altos custos com os serviços de saúde.

Em função da escassez de estudos e do número de internações na macrorregião Leste do estado de Minas Gerais, pesquisas devem ser conduzidas a fim de delinear o perfil dos pacientes portadores de DII bem como detectar as possíveis alterações biopsicossociais para promover uma assistência multiprofissional, holística, humanizada e baseada em evidências.

Referências

1. Pontes RWA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). Arq Gastroenterol 2004; 41(2):137-143.
2. Shanahan F. Crohn's disease. Lancet 2002;359:62-69.
3. Van Heel DA, McGovern DPB, Jewell DP. Crohn's disease: genetic susceptibility, bacteria, and innate immunity. Lancet 2001;441:1902-04.
4. Van Heel DA, Udalova I, De Silva A, Mc Govern D, Kinouchi Y, Hull J et al. Inflamatory bowel disease is associated with a TNF polymorphism that affects an interaction between the OCT1 and NF-kB transcription factors. Hum Mol Genet 2002; 11:1281-89.
5. Dionne S, Ruemmele FM, Seidman EG. Immunopathogenesis of inflammatory bowel disease: role of cytokines and immune cell-enterocyte interactions. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1999;2:41-57.
6. Brynskov J, Tvede N, Andersen CB, Vilien M. Increased concentrations of interleukin 1 beta, interleukin-2, and soluble interleukin-2 receptors in endoscopical mucosal biopsy specimens with active inflammatory bowel disease. Gut 1992;33:55-8.
7. Pullman WE, Elsbury S, Kobayashi M, Happen AJ, Doe WF. Enhanced mucosal cytokine production in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1992;102:529-37.
8. Hyams JS, Fitzgerald JE, Treem WR, Wyzga N, Kreutzer DL. Relationship of functional and antigenic interleukin 6 to disease activity in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1993;104:1285-92.
9. Hyams JS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;19:7-21.
10. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. N Eng J Med 2002;347:417-29.
11. Buller H, Chin S, Kirschner B, et al. Inflammatory bowel disease in children and adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 35(Supl):151-158.
12. 12 Biondo-Simões MLP, Mandelli KK, Pereira MSC, Faturi JL. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. Rev Bras Coloproct 2003;23(3):172-82.
13. Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Colombia Médica 2005;36(2.Supl 1):16-24.
14. Hyams JS. Enfermedad de Crohn. Clin Pediatr N Am 1996;1:243-63.
15. Kirschner BS. Colite ulcerosa. Clin Pedriatr N Am 1996;1:223-41.
16. Pearson C. Inflammatory bowel disease. Clinical advanced NT 2004;100(9):86-90.
17. Quera R, Shanahan F. Thromboembolism an important manifestation of inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol 2004;99:1971-73.
18. Muñoz S, Quera RP, Jesen CB, Brahm JB, Velasco MR, Gil LCL, Latorre RM, et al. Tromboembolismo, otra manifestación extraintestinal de las enfermedades inflamatorias intestinales. Gastr Latinoam 2006;17(1):13-22.
19. Moreno-Jiménez B, Blanco BL, Rodríguez-Muñoz A, Hernández EG. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. J Psychossom Res 2007;62:39-46.
20. Souza MALP, Troncon LEA, Rodrigues CM, Viana CFG, Onofre PHC, Monteiro RA, Passos ADC, Martinelli ALC, Meneghelli UG. Evolução da ocorrência

(1980-1999) da doença de Crohn e da Retocolite ulcerative idiopática e análise das suas características em um hospital universitário do sudeste do Brasil. Arq Gastroenterol 2002;39(2):98-105.
21. British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease. London: BSG; 2003.
22. Ekbom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. The epidemiology of inflammatory bowel disease: a large, population-based study in Sweden. Gastroenterology 1991;100:350-58.
23. Irvine E, Farrokhyar F, Swarbrick ET. A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol 2001;36:2-15.
24. Appleyard C, Hernández G, Ríos-Bedoya CF. Basic epidemiology of inflammatory bowel disease in Puerto Rico. Inflamm Bowel Dis 2004;10:106-11.
25. Gaburri PD, Chebli JMF, Castro LEVV, Ferreira JOD, Lopes MHM, Ribeiro AMB et al. Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Crohn: estudo de 60 casos. Arq Gastroenterol 1998;35:240-46.
26. González R. Crisis grave de enfermedad inflamatoria intestinal: diagnóstico y tratamiento. Gastroenterol Latinoam 2004;15(2):120-26.
27. Campos FG, Waitzberg DL, Teixeira MG, Mucerino DR, Habr-Gama A, Kiss DR. Inflammatory bowel disease. Principles of nutritional therapy. Rev Hosp Clín S Paulo 2002;57(4):187-98.
28. Forbes A. Medical Therapy. In:Forbes A. Clinicians guide to inflammatory bowel disease. London: Chapaman & Hall Medical; 1998.
29. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
30. Sutherland L, Singleton J, Sessions J, Hanauer S, Krawitt E, Rankin G, Summers L, Mekhijian H, Greenberger N, Kelly M. Double blind, placebo controlled trial of metronidazole in Crohn's disease. Gut 1991; 32:1071-75.
31. Turunen UM, Farkkila MA, Hakala K, Seppälä K, Sivonen A, Ogren M, et al. Long-term treatment of ulcerative colitis with ciprofloxacin: a prospective, double blind, placebo-controlled study. Gastroenterology 1998;115:1072-78.
32. Green JR, Lobo AJ, Holdsworth CD, Leicester RJ, Gibson JA, Kerr GD, et al. Balsalazide is more effective and better tolerated than mesalamine in the treatment of acute ulcerative colitis. Gastroenterology 1998;114:15-22.
33. Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública 1994;10(3):339-55.
34. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002;7(4):743-756.
35. Andrade ACM, Santana GO, Santos RR, Gudes JC, Lyra LGC. Perfil da doença de Crohn fistulizante em atividade em dois serviços universitários em Salvador - Bahia. Rev Bras Colo-protocol 2005;25(3):241-48.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2008;7(5)

Revisão

Processo de doação de órgãos e tecidos: dilema repleto de desafios para o enfermeiro

Keyla Bispo Mota*, Rosana Maria do Nascimento**

Graduanda do Curso de Enfermagem, Universidade Paulista – UNIP, Estagiária da Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo,Enfermeira Obstétrica e Professora Assistente da Universidade Paulista – UNIP*

Resumo

Este estudo de revisão bibliográfica teve como objetivo fazer uma revisão e avaliação acerca do tema "Processo de doação de órgãos e tecidos: dilema repleto de desafios para o enfermeiro". O rastreamento foi feito nas bases de dados Lilacs, BDENF, PeriEnf, Dedalus e Scielo. As sete publicações selecionadas distribuem-se em dois artigos, uma tese de livre docência, três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado, todas realizadas no Estado de São Paulo tendo como base temporal os anos de 2004 a 2007. Após a leitura dos textos, foi feito um agrupamento de acordo com o eixo temático para a apresentação dos resultados. Estes descreveram diversas dificuldades no crescimento do número de doações de órgãos e as barreiras que os enfermeiros da captação de órgãos enfrentam em seu dia-dia, englobando aspectos externos e psicológicos.

Palavras-chave: doação dirigida de tecido, transplante, Enfermagem.

Abstract

Organ and tissue donation process: dilemma full of challenges for nurses

The purpose of this literature review was to evaluate and review the topic related to "Organ and tissue donation process: dilemma full of challenges for nurses". To accomplish it, our research database included data from scientific publications, such as Medline, Pubmed and Lilacs. Seven publications were selected: two scientific articles, one free thesis, three master's dissertations and one doctoral thesis; all of them carried out in São Paulo city from 2004 to 2007. After reading the texts, they were grouped according to the theme in order to show the results. It was observed several difficulties with the increasing number of organ donations and obstacles that nurses face day-by-day to obtain organs donation.

Key-words: directed tissue donation, transplantation, Nursing.

Resumen

Proceso de donación de órganos y tejidos: dilema lleno de desafíos para el enfermero

Este estudio de revisión de literatura tiene como objetivo hacer una revisión y evaluación sobre el tema "Proceso de donación de órganos y tejidos: dilema lleno de desafíos para el enfermero. Para la búsqueda de artículos, utilizamos las siguientes base de datos: Lilacs, BDENF, PeriEnf, Dedalus e Scielo. Fueron seleccionadas siete publicaciones: dos artículos una tesis de

Artigo recebido em 29 de novembro de 2007; aceito em 2 de setembro de 2008.
Endereço para correspondência: Keyla Bispo Mota, Rua Paulo Vicente 102, 08020-060 São Miguel Paulista SP, Tel: (11)6297-2589, E-mail: alyekbispo@hotmail.com

extensión libre, tres disertaciones de maestría y una tesis de doctorado, todas realizadas en el Estado de São Paulo durante el periodo que comprende los años de 2004 a 2007. Después de la lectura de los textos, un agrupamiento de acuerdo con el tema ha sido realizado para mostrar los resultados. Se ha observado varias dificultades en el crecimiento del número de donaciones de órganos y las barreras que los enfermeros que captan órganos donados enfrentan en su día-a-día, englobando aspectos externos e psicológicos.

Palabras-clave: donación directa de tejido, trasplante, Enfermería.

Introdução

O número de transplantes realizado no Brasil tem crescido a cada dia, mas a lista única de pessoas que precisam de doações cresce incessantemente. Para que o enfermeiro possa evoluir nesta jornada, que exige comprometimento e dedicação, é indispensável analisar as barreiras que impedem o crescimento e avanço no número de transplantes e doações, averiguando também suas próprias necessidades para melhor desenvolvimento de sua tarefa.

> "A atuação da enfermeira ao gerenciar o serviço de transplante é de extrema valia, haja vista a importância do serviço prestado e a complexidade terapêutica envolvida..." [1].

A definição de transplante é descrita como a retirada ou isolamento parcial de uma parte do corpo – órgão total ou parcial, tecidos, ossos, tendão etc. – e seu implante no corpo da mesma pessoa ou de outra [2].

No Brasil o primeiro transplante foi realizado em 1965, em São Paulo no Hospital das Clínicas da USP, sendo o rim o primeiro órgão a ser transplantado [3]. A partir desta fase, ocorreram muitas evoluções, principalmente na década de 90, devido ao avanço do conhecimento e a globalização.

Para que seja autorizada a doação em vida é necessário que este doador tenha parentesco consangüíneo de até terceiro grau com a pessoa que receberá o órgão transplantado (pais, irmãos, filhos, avôs e tios), também pode ser considerado os cônjuges e toda pessoa que apresentar autorização judicial. Os órgãos que podem ser doados em vida são: rim – por ser um órgão duplo, pois tanto o doador e o transplantado podem levar uma vida perfeitamente normal –, medula óssea e parte do fígado ou pulmão [4,5].

Já para ser um potencial doador é obrigatório que seja um paciente com morte encefálica, internado na UTI (Unidade Terapia Intensiva), no geral, vítima de traumatismo craniano ou AVC (derrame cerebral) [4,6,5].

O diagnóstico de morte encefálica, estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), expresso na Lei 9434/97 na Resolução nº 1480, determina os critérios de avaliação para diagnosticar morte encefálica, definida como a cessação irreversível do conjunto das funções do cérebro, inclusive do tronco encefálico [6].

A confirmação desse diagnóstico passa por algumas etapas, a primeira é o diagnóstico clínico, que deve ser repetido com intervalo de tempo de quarenta e oito a seis horas de observação, dependendo da faixa etária do potencial doador, sendo que pelo menos uma destas avaliações deve ser realizada por médico neurologista. A próxima etapa é o exame complementar documentado: eletroencefalograma, angiografia cerebral e outros.

A Constituição da República, promulgada em 05 de outubro de 1988, no Artigo 199 parágrafo 4º recomenda que "a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento (...) sendo vedado todo tipo de comercialização" [7].

Em 1997, a Lei Federal 9.434 regulamentada pelo Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, foi uma Lei inovadora e bastante discutida, pois estabelecia no artigo 14 deste Decreto que "a retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção" e, ainda, no Parágrafo 1º diz que a manifestação em sentido contrário à doação deverá ser gravada na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição com a expressão *"não-doador de órgãos e tecidos"* [5]. Este foi revogado em 25 de outubro de 2000, através da Medida Provisória 1959-27, que estabelece a responsabilidade da decisão de autorização da doação ao cônjuge, aos parentes consangüíneos até o segundo grau ou na

forma legal, sendo dispensado para medula óssea e, em 2001, passa de medida provisória tornando-se Lei nº 10211/2001 [8].

Em 1991, foi criada em São Paulo a CTx (Central de Transplantes) com a finalidade de organizar todas as etapas da doação, desde a notificação de potenciais doadores na rede hospitalar do estado até a distribuição dos órgãos doados. Em 1997, com a reformulação da Lei 9.434, ocorreram mudanças em relação à CTx, e com a publicação do Decreto nº 2.268, em 1 de julho de 1997, muda-se o sistema de captação de órgãos criando-se o SNT (Sistema Nacional de Transplantes) que ficou responsável por centralizar todos os casos de morte encefálica no território Nacional e através do Cadastro Técnico Único, determinar o destino dos órgãos e tecidos doados [9].

Devido a estas mudanças a CTx passa a se chamar CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) e surgem as OPO (Organizações de Procura de Órgãos), conforme estabelece a Resolução SS103, de agosto de 1997, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. A OPO passa a realizar todas as atividades de captação de órgãos antes exercidas pela CTx, inclusive o trabalho realizado pelas enfermeiras permaneceu o mesmo na OPO [10].

Objetivo

Esta pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca do tema Doação de Órgãos e Tecidos, através de dissertações e teses elaboradas nos últimos quatro anos.

Material e método

A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo baseou-se em revisão da literatura sobre o Processo de Doação de Órgãos e Tecidos.

O rastreamento foi feito nas bases de dados Lilacs – que reúne a literatura Latino- América e do Caribe em Ciências da Saúde; BDENF – reúne a Literatura Brasileira em Enfermagem; PeriEnf – reúne a literatura publicada em periódicos brasileiros em Enfermagem; Dedalus – reúne literatura publicada na forma de livros, teses, dissertações e eventos registrados no banco de dados bibliográficos da Universidade de São Paulo; e Scielo – reúne publicações eletrônicas de periódicos científicos, voltado às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e particularmente no Brasil, América Latina e Caribe.

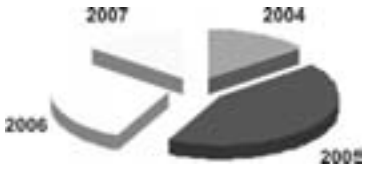
Os critérios para a realização desta revisão foram incluir publicações (artigos, dissertações e teses) escritas no idioma da Língua Portuguesa realizadas no Estado de São Paulo, tendo como base temporal os anos de 2004 a 2007. Foram encontradas nesta busca 20 publicações onde dentre estas foram excluídas 13, por não se encaixarem dentro dos critérios acima propostos, focando outros aspectos como Conhecimentos sobre Doação, Central de Transplantes, Legislação na Captação de Órgãos, Vida de Transplantados, fila de espera para Transplantes e Sistema Único de Saúde.

Das sete publicações selecionadas, estão distribuídas em dois artigos, uma tese de livre docência, três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Discussão

Após a leitura dos achados, ordenados de acordo com o eixo temático construído, estes foram distribuídos conforme o ano de elaboração.

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos, dissertações e teses conforme ano de elaboração.



Depois da união das informações encontradas, as reflexões foram divididas em quatro categorias: "A esperança, morta", "o tempo contra a tomada de decisão", "duas vidas, mas só uma alternativa", "Habituados com a morte" e "Quando a palavra não basta".

A esperança, "morta"

O fato internação gera um estado de choque para a família, e no caso de morte encefálica a família que não possui informação sobre o que realmente significa, gera no seu interior uma esperança de recuperação, pois há presença de sinais "de vida" – batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea [11-14].

Existe uma expectativa, mas com a notícia de morte encefálica surge a dor, desespero, muitas ve-

zes, não há aceitação deste quadro, gerando revolta e desconfiança e, desta forma, torna-se difícil à credibilidade neste diagnóstico por parte da família. [11,13,15]

O correto seria que antes de campanhas sobre doação, dever-se-ia promover um marketing sobre a morte encefálica, fazendo com que a população obtivesse um esclarecimento preciso [11,13,14]

Muitas vezes a notícia de morte encefálica é comunicada de forma brusca e para quem defende a humanização na assistência à saúde, a comunicação é essencial para uma interação entre os profissionais e a família [12,13,15].

O tempo contra a tomada de decisão

O desafio para o enfermeiro na captação de órgãos e tecidos é estar atento para com os conflitos que surgem durante esta etapa, tentar não ser desumano, atender as necessidades do paciente e procurar relacionar-se com o familiar. Ele é a porta de entrada da efetivação da captação e doação de órgãos, desde avaliação clínica do potencial doador, orientação e manutenção hemodinâmica [15,16]. Na abordagem familiar, este enfrenta uma situação complexa, gerando uma questão interior sobre o direito de causar mais dor e sofrimento para a família [11,15].

Quando chega o momento de sua atuação (na entrevista familiar), com a finalidade de solicitar a doação de órgãos e tecidos, depara-se com várias dificuldades, como o mau atendimento desde a internação do paciente por parte da equipe de saúde. Os profissionais da saúde muitas vezes agem de forma irregular através da desumanização, descaso, falta de consciência não levando em consideração que este ato impensado pode gerar uma negação para a esperança do outro, que aguarda uma chance para a continuidade da vida através da doação [11,15]. A falta de notificação para a equipe de captação, sobre haver um potencial doador na unidade, também é um fator que gera muitas perdas na doação de órgãos [19].

Em meio a tantos conflitos interiores, suspeitas e desconfianças sobre o processo de doação e a manifestação em doar como sendo um privilégio, o enfermeiro deve essencialmente fazer uso da comunicação verbal e não verbal, para uma total interação com a família resultando no objetivo alcançado, e através da comunicação com qualidade entre profissional e família, fator adicionado à vibialização da doação [15,17].

Quanto maior a qualidade do cuidado em relação ao profissional da saúde e paciente, maiores são as chances de efetivação da doação por parte da solicitação do enfermeiro [11,15].

Como se estas questões não fossem o suficiente, muitas vezes o enfermeiro se depara com a falta de respeito vinda de seus colegas de trabalho, e ao serem classificados com adjetivos que desvalorizam sua ação [12,15]. Neste ponto, encontram-se dois pontos que na escala de nível de estresse estão classificados como forte nível de stress – abordagem familiar e manutenção hemodinamicamente do potencial doador [11,12,13].

O tempo é um grande obstáculo tanto para o enfermeiro como para a família, considerado como primordial para o sucesso da efetivação da doação, pois quanto mais tempo o enfermeiro passa com a família, as chances de efetivação aumentam consideravelmente [13,15,17]. Este também destaca-se como fator chave para que a idéia de morte encefálica se esclareça, mas infelizmente a captação de órgãos corre contra o tempo de decisão dos familiares, fazendo com que esta realidade entre em conflito com a solicitação [12-16].

"Duas vidas", mas só uma alternativa

O enfermeiro que atua na captação de órgãos e tecidos se depara com um grande desafio em relação à questão da bioética, que visa preservar a vida sem exclusão da morte, pois este necessita do corpo do falecido, consentimento dos familiares e em geral da sociedade [14,17].

Inicia-se mais uma etapa de estresse tanto na família quanto no enfermeiro, tudo corre contra e a favor de duas vidas (a do potencial doador, que para a família ainda parece estar vivo e a do receptor que aguarda esperançoso por uma doação).

Quando a família, no momento da tomada de decisão, opta pela doação de órgãos e tecidos, elas refletem sobre várias razões que resultam na aceitação [11,13-15,17,16]. Uns acreditam que todos devam doar; outros destinam ao desapego a matéria, ou que o paciente se sentiria feliz em saber que está ajudando outras pessoas com seus órgãos; alguns se consideram pessoas bondosas e se caso não autorizassem estariam tendo atitude egoísta, e existem aqueles que são adeptos a doação devido ao conhecimento ou por ter vivido experiência anterior – por ser ou conhecer um receptor, ou por já ter participado deste processo [15,17].

Os enfermeiros no momento da captação descrevem que o ato da doação significa bondade no fato de se desligar e renunciar o sentimento que existe na imagem do corpo e se entregar a um sacrifício que chamam de virtude social, este também é um momento que emociona, um ato de coragem, que torna o ato do doador (família) e o trabalho destes profissionais gratificante. Poder saber que uma decisão tão difícil gera vida, acaba florescendo um sentimento de compensação pelo ato na vida de outro [15].

Outros negam a doação, pois não compreendem o acontecimento de morte encefálica. Uma prova desta má compreensão é o fato de que para o familiar, ao aceitar o ato, aparenta estar autorizando uma eutanásia – prática pela qual se abrevia sem dor ou sofrimento a vida de um enfermo incurável, morte serena sem sofrimento –, para com seu ente querido, e em outros casos ocorre uma conscientização sobre o ato de doar, mas somente por uma parte da família, sendo que, a parte contrária a doação é quem prevalece [13,15,17].

A religião também age com grande influência, como na esperança de que um milagre aconteça, ou que Deus irá agir e reverter o quadro clínico; outros contemplam o corpo como templo sagrado. Outros negam, devido a noticiários de corrupção e tráfico de órgãos muitas vezes devido ao interesse incessante pelo potencial doador, pelo fato de o doador ter expressado a negação em vida para seus familiares e por último a família finaliza com um "não" desrespeitando o desejo de ser doador de órgãos dito pelo paciente ainda em vida [11,15,17].

Neste ultimo fato, é demonstrada a importância de maior divulgação sobre a doação de órgãos e o incentivo a expressão em família sobre esta escolha.

Alguns familiares relataram que ao expressar negação ao ato de doar, notaram reprovação por parte da equipe; outros, por se sentirem pressionados, optaram pela não doação, mesmo tendo intenção de doar, tomaram esta atitude pelo medo causado mediante insistência [11]. Mesmo nestas atitudes de negação deve-se colocar em prática a humanização [15]. Desta forma, pode-se refletir depois com outros ocorridos semelhantes com esta família ou conhecidos.

Habituados com a morte

Saber conviver com o estresse é o caminho para saber como superá-lo, e esta situação esta embutida na profissão do enfermeiro, isto foi comprovado por uma pesquisa que focou seu trabalho sobre os níveis de estresse do enfermeiro. O trabalho do enfermeiro vem acompanhado de muitas exigências que acabam interferindo na saúde mental, física, resultando em diferentes psicopatologias [12,14].

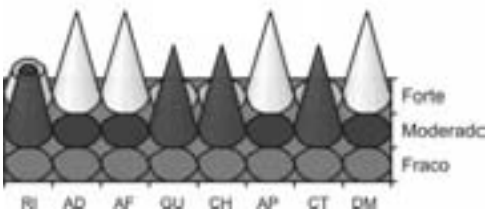
Nesta fase, onde a aceitação de doação é gerada positivamente, o enfermeiro enfrenta mais um obstáculo, este agora interior.

Ao contrário do que se pode imaginar, os profissionais da saúde declaram que não estão preparados para lidar com a morte e nem com a manutenção da vida. Alguns em seus depoimentos sugerem tratar o corpo mecanicamente, na tentativa de não se envolver, mas ao mesmo tempo pode ocorrer um aumento no nível de estresse acarretando em exaustão emocional e questões interiores sobre o significado de seu trabalho [12,15].

Ocorre então uma sensação de insatisfação, desapontamento, quando na tentativa de preservar a vida, o resultado não acaba sendo bem sucedido [12,15]. Um grande obstáculo para o bom andamento do trabalho é a falta de estrutura hospitalar, a sobrecarga de tarefas que levam o enfermeiro a não ter muito bem definido qual o seu papel e a não sistematização dos hospitais até dentro das OPO [12,14,16].

No Gráfico 2, encontram-se os estressores identificados através de uma busca dos achados encontrados nos textos. Nestes estão inclusos os itens: Relação Interpessoal (RI), Assistência ao doador (AD), Abordagem Familiar (AF), Gerenciamento da Unidade (GU), Conhecimento e Habilidade (CH), Auto-percepção (AP), Condições de trabalho (CT) e Despreparo preparo para lidar com a Morte (DM), classificados como Fraco, Moderado e Forte.

Gráfico 2 - Distribuição dos índices de estresse no trabalho do enfermeiro na captação de órgãos.



Os enfermeiros que atuam na captação de órgãos foram classificados como estressados sendo destacado que os maiores fatores que geram alto nível de estresse são: a abordagem familiar, assistência

e manutenção do potencial doador, autopercepção e despreparo para lidar com a morte [12,14].

Mas, o enfermeiro sabe o tamanho da sua responsabilidade, e que por trás de todos estes aspectos está a família, um tratamento humanizado por meio do cuidado com o corpo estará agradando a família [15]. A solidariedade deve se destacar durante todo o processo de doação de órgãos, fazendo com que os participantes desta jornada se sintam satisfeitos e esperançosos através do ato de doar [11,13,15,17].

Quando a palavra não basta

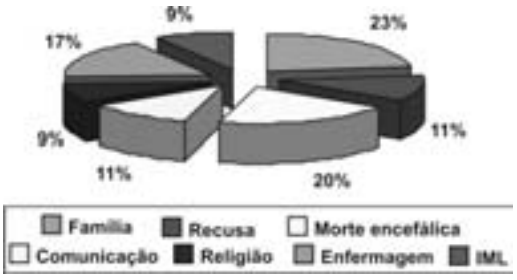
Humanizar é agilizar o processo de doação de órgãos e tecidos, mas o que se acredita ser o melhor não pode ser garantido no cumprir. Fornecer informações com clareza, tirando todas as dúvidas, liberando as visitas, cuidando bem do corpo, tudo isto engloba sinceridade e honestidade diminuindo, assim, a espera e o aumento do sofrimento [15]. Esta é a maneira de como o enfermeiro se expressa ao enfrentar esta fase da doação de órgãos e tecidos.

Legalmente toda a morte de causa externa tem que por lei passar pelo Instituto Médico Legal (IML), mas a demora gera um ponto negativo no processo de doação, pois não há distinção mesmo se tratando do potencial doador. Isto traz um transtorno para a família, pois ficam sem saber o que fazer, como fazer e nem sabem do tempo para a liberação do corpo [11,13].

A família, após o ato de doar, recebe um incentivo um auxílio financeiro para o funeral, que acaba interferindo na decisão mesmo que os familiares tenham o desejo de oferecer continuidade a vida do outro. Embora haja este benefício, isto significa muito pouco quando comparado às queixas relatadas pelas famílias para os profissionais que atuam na captação de órgãos [13,17]. Dentre estas estão o desejo de conhecer o receptor, o acompanhamento do corpo pós-doação na justificativa de que este marca o luto do paciente falecido – isto deveria ser primordial, o acompanhamento e devolução do corpo [13]. As famílias demonstram arrependimento na doação, pois não puderam fazer um funeral e outras falam da impossibilidade de velar o corpo do ente querido devido à falta de tempo exposto pelo serviço funerário [11,17]. Outra queixa familiar é sobre a falta de acompanhamento do enfermeiro ou de uma equipe multidisciplinar, pois nem sabem o que elas enfrentam depois do adeus; além disso, nem ficam sabendo sobre o aproveitamento dos órgãos doados e muitas discordam das campanhas de doação de órgãos [11,13,17].

O Gráfico 3 mostra os fatores que dificultam o bom andamento do desempenho do trabalho tão sublime que é o do enfermeiro que atua na captação de órgãos.

Gráfico 3 - Distribuição dos fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro na captação de órgãos.



São muitos os desafios constantes que o enfermeiro que atua na captação de órgãos enfrenta no seu dia-dia, e muitos são os motivos que geram estresse no seu trabalho, família, equipe multidisciplinar, paciente, necessitando de adequações no processo de doação para o bom desempenho de seu trabalho e interação com o ambiente, família e doador [12,15].

Conclusão

Nos últimos quatro anos, encontram-se poucos estudos sobre o trabalho do enfermeiro na captação de órgãos. Ao finalizar esta revisão literária, foi notório que o enfermeiro que participa da captação de órgãos enfrenta outros dilemas desde a notificação de um potencial doador até o luto familiar com a entrega do corpo.

Verificou-se que o diagnóstico de morte encefálica é uma das dificuldades que afetam a efetivação da doação, podendo destacar-se a falta de informação e compreensão da morte encefálica, negação da morte e esperança de reversão do quadro clínico. Tornando-se necessário, antes mesmo de campanhas sobre doação, a realização de estudos, palestras e campanhas sobre este tema direcionado à população.

Vários outros fatores foram identificados, reforçando a afirmação das publicações que sugerem que devem ser feitas adequações ao processo de doação e recursos para um melhor resultado no número de doações.

Ações como:

- incentivo de novos estudos, pesquisas, campanhas nas escolas, introdução de estudos nas Universidades;
- prática da educação continuada sobre cursos de capacitação focados na ética profissional, competência no trabalho, o uso da comunicação verbal e não verbal para com a equipe e familiares, humanização na negação da doação de órgãos;
- atendimento psicológico e grupos de interação para os profissionais que atuam na captação de órgãos e tecidos, melhores condições de trabalho para os enfermeiros, recursos para o bom andamento de suas tarefas e sistematização no processo de doação junto às instituições;
- formação de grupos de interação com famílias de doadores falecidos, com o objetivo de compartilhar experiências, oferecer ajuda multiprofissional, realizar campanhas envolvendo estas famílias;
- informativo contendo esclarecimentos sobre aproveitamento de órgãos, enfocando os motivos que levam a não utilização;
- em relação à liberação do corpo frente ao IML, rever formas se possível em Lei para benefício especial para doadores de órgãos.

O último fator a ser analisado são os problemas colaborativos junto à equipe de saúde em relação à falta de respeito pelo trabalho do enfermeiro de captação, deixando de olhar para ele como um ser humano que vive em meio a conflitos.

Os profissionais da saúde podem através da prática da empatia, gradativamente, implantar uma nova visão de atendimento e valorização para com o ser humano. Desta forma, conseqüentemente, a humanização no cuidado será praticada beneficiando não só a sociedade, mas também aos profissionais do serviço de saúde, proporcionando maior satisfação em seu trabalho.

Os estressores para o enfermeiro e as dificuldades que ele enfrenta não irão desaparecer, mas diminuirão por meio da conscientização iniciada por seus colegas de trabalho e através de uma interação entre profissional e instituição. Assim, ele poderá desempenhar cada vez melhor o seu trabalho.

Referências

1. Cintra V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. Rev Bras Enferm 2005;58(1):78-81.
2. Sabinston DC. Tratado de cirurgia. As bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1993.
3. Garcia VD, Goldani JC, Neumann J. Mass media and organ donation. Transplant Proc 1997;29(1):618-21.
4. Ajuda Brasil [on-line]. Apresenta notícias e realizações sobre doação de órgãos no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2003. [citado em 26 abr 2007]. Disponível em: URL: http://www.ajudabrasil.org/6.476.html#03.
5. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Cap. II, Seção II art.199 de 05 de outubro de 1988. Dispõe sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos e dá outras providências Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no. 1480, de 8 de agosto de 1997. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1997.
7. Brasil. Lei n.9.434 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1997.
8. Brasil. Lei n. 10211 de 23 de março de 2001. Dispõe sobre a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
9. São Paulo. Leis etc. Resolução SS-091 de 04 de julho de 1997 que dispõe sobre a distribuição de órgãos para transplantes pela Central Estadual de Notificação e dá outras providências correlatas. São Paulo: Diário Oficial do Estado; 1997.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96 de 09 e 10 de outubro de 1996, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
11. Moraes EL. A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
12. Guarino AJ. Stress e captação de órgãos – uma realidade vivenciada pelos enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
13. Santos MJ. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
14. Bousso RS. Um tempo para chorar: a família dando sentido à morte prematura do filho [dissertação]. São Paulo: Dep. Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Universidade de São Paulo; 2006.
15. Roza BA. Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
16. Lima AAF. Sofrimento e contradição: o significado da morte, do morrer e da humanização para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante [dissertação]. São Paulo: Curso de Bioética, Centro Universitário São Camilo; 2006.

Revisão

Os desafios da saúde do professor na atualidade

Alisson Araújo, M.Sc.*, Roberta Porto Silva**

***Enfermeiro, Professor Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM,** Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM*

Resumo

Esta revisão bibliográfica teve como objetivo apresentar os problemas de saúde dos professores, relacionando-os às condições de trabalho as quais a classe está submetida. Foram analisadas as contribuições de autores que se dedicam ao estudo das questões que interferem na qualidade de vida do professor e do trabalho desenvolvido. Abordou-se a Síndrome de *Burnout*, a qualidade de vida, os distúrbios psíquicos, condições de trabalho frente à saúde e a desvalorização da profissão; bem como a importância desses fatores na vida profissional do professor e sua influência na vida pessoal desses e na sociedade como um todo.

Palavras-chave: professor, qualidade de vida, síndrome de *burnout*, saúde do trabalhador.

Abstract

The challenges of teacher's health today

This literature review aimed to show teachers health problems, relating them to working conditions. It was analyzed contributions of authors who devote themselves to study subjects that interfere in quality of life of teachers and also in their developed work. This work approaches to the Burnout Syndrome, quality of life, mental disorders, working conditions facing health and undervaluation of teacher's profession, and the importance of these factors in teacher's professional life and its influence on personal life and society as a whole.

Key-words: teacher, quality of life, burnout syndrome, worker health.

Resumen

Los desafíos de la salud del profesor en la actualidad

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo presentar los problemas de salud de los profesores, con relación a las condiciones de trabajo que esta clase de trabajadores está vinculada. Fueron analizadas las contribuciones de autores que se dedican al estudio

Artigo recebido em 6 de junho de 2008; aceito em 30 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Alisson Araújo, Rua Tuiti 93 Bairro São José 35501-215 Dinópolis MG, E-mail: alissonenf@hotmail.com

de cuestiones que interfieren en la calidad de vida del profesor y del trabajo desarrollado. Este estudio trata de la Síndrome de Burnout (síndrome de agotamiento profesional), la calidad de vida, los trastornos mentales, las condiciones de trabajo frente a la salud y la devaluación de la profesión, y la importancia de estos factores en la vida del profesor y su influencia en la vida personal y la sociedad como un todo.

Palabras-clave: profesor, calidad de vida, síndrome de *Burnout*, salud de los trabajadores.

Introdução

Nas últimas duas décadas, diante das transformações do mundo globalizado e das tentativas de reformas educacionais que alicerçam os modelos didático-pedagógicos atuais, observam-se algumas mudanças importantes na profissão de professor, estimulando formulação de políticas de saúde no país que promovam a saúde deste profissional.

No Brasil, na década de 1940, é que os problemas causados pelo trabalho começaram a ser estudados. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) entrou em vigor em 1943, constituindo um instrumento importante no campo de proteção legal dos trabalhadores, bem como para a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Cada profissão tem suas especificidades ligadas ao seu passado histórico, ao nível de organização e combatividade nas conquistas incorporadas à legislação, ao sistema repressivo explícito a que está sujeita e aos fatores nocivos envolvidos especificamente na atividade laboral [1].

A categoria de professores é uma das mais expostas a ambientes conflituosos e de alta exigência ao trabalho. Hoje, o papel do professor extrapola o processo didático-pedagógico da sala de aula. Ampliou-se a missão profissional para tarefas extraclasse. O professor, além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolar, o que significa uma dedicação mais ampla, a qual se estende às famílias e à comunidade.

O impacto dos fatores estressantes sobre profissionais que requerem condições de trabalho específicas, com grau elevado de relação com o público, como a do professor, tem sido estudado em outros países sob a denominação de Síndrome de *Burned Out*, ou *Burnout*, que no Brasil recebeu a denominação de Síndrome do Esgotamento Profissional. Isto se deve ao fato de que o sucesso educacional depende cada vez mais do professor, e a administração escolar não fornece os meios pedagógicos adequados à realização das tarefas, cada vez mais complexas, acarretando conseqüências graves para os vários setores relacionados à educação: professor, aluno, instituição [2].

É pertinente defender que o sistema escolar transfere ao profissional responsabilidades de cobrir lacunas existentes na instituição, a qual estabelece mecanismos rígidos e redundantes de avaliação e contrata um efetivo insuficiente [3].

As condições de trabalho sob as quais os professores mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas, para atingir os objetivos de produção escolar, podem gerar uma sobrecarga sobre suas funções psicofisiológicas. Tal fato resulta em absenteísmo e solicitação de licença médica para tratamento de saúde, além da forma despersonalizada com que os professores começam a tratar os alunos.

Este artigo busca, a partir da literatura, realizar uma revisão de forma integral das publicações nacionais e internacionais, no período de 1998 a 2006, referente à temas relacionados ao professor e seus problemas de saúde ligados ao trabalho.

Material e método

Para levantamento bibliográfico, utilizou-se a biblioteca eletrônica Scielo – Scientific Eletronic Library Online – (www.scielo.br), a partir das palavras-chave em português: trabalho docente, professores e docentes. Foram encontrados 136 artigos, que após avaliação quanto à pertinência temática do estudo, resultou em uma amostra composta de 21 artigos por corresponderem aos objetivos da investigação.

Optou-se por um recorte temático, selecionando-se um grupo para a análise – o de saúde dos professores, devido a um conjunto de fatores. Sabe-se que ensinar é uma atividade altamente estressante, com repercussões evidentes na saúde física, mental e no desempenho profissional dos professores [4]. Além disso, ampliou-se a missão do profissional para além da sala de aula, a fim de garantir uma

articulação entre a escola e a comunidade [3].

Outro ponto de influência para a escolha foi de que a profissão docente é valorizada socialmente, porém desvalorizada economicamente, o que faz com que muitos indivíduos utilizem-se da estratégia de evitação cognitiva, na tentativa de dissociar o trabalho da vida pessoal [5].

Finalmente, vários autores têm demonstrado que a falta de estrutura e de materiais para o trabalho, a sobrecarga de funções e a remuneração inadequada contribuem para um baixo rendimento profissional e conseqüentemente uma qualidade de ensino inapropriada.

Resultados e discussão

Dos 21 artigos selecionados e requisitados, 18 são artigos referentes a investigações empíricas e três são de revisão de literatura. A Tabela I mostra a classificação dos artigos de acordo com a revista e o ano de publicação.

Tabela I - Classificação dos artigos, de acordo com a revista e o ano de publicação na biblioteca eletrônica Scielo, 1998 a 2006.

Ano de publicação	Nome da revista	Número de publicações
1998	Caderno CEDES	2
1999	Educação e Pesquisa	1
2001	Educação & Sociedade	1
2002	Psicologia em Estudo	2
	Psicologia USP	1
2003	Psicologia: Reflexão e Crítica	1
	Revista brasileira de Otorrinolaringologia	1
2004	Revista da Associação Médica Brasileira	1
	Educação & Sociedade	2
	Psicologia em Estudo	1
	Cadernos de Saúde Pública	1
	Revista Latino-Americana de Enfermagem	1
2005	Educação e Pesquisa	2
	Cadernos de Saúde Pública	1
	Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação	1
2006	Cadernos de Saúde Pública	1
	Educação & Sociedade	1

Por confluência de temas e para fins de apresentação, os artigos selecionados foram reagrupados em cinco subgrupos de acordo com a temática, conforme Tabela II abaixo. Em seguida, os temas serão discutidos.

Tabela II - Classificação dos artigos em subgrupos, de acordo com o tema, publicados na biblioteca eletrônica Scielo, 1998 a 2006.

Subgrupo	Tema	Número de publicações
1	Síndrome de *Burnout*	4
2	Qualidade de vida	7
3	Distúrbios psíquicos	2
4	Condições de trabalho e saúde	4
5	Desvalorização da Profissão	4

Síndrome de Burnout

A Síndrome de *Burnout* foi referida em quatro dos artigos (19,05%), selecionados. A Síndrome do Esgotamento Profissional é considerada uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas e pode se apresentar em profissões que têm muito contato com o *outro*. É um construto formado por três dimensões relacionadas, mas independentes: (a) exaustão emocional: caracterizada por falta de energia e entusiasmo, por sensação de esgotamento de recursos ao qual pode somar-se o sentimento de frustração e tensão nos trabalhadores, por perceberem que já não têm condições de desprender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas, como faziam antes; (b) despersonalização: caracterizada pelo desenvolvimento de uma insensibilidade emocional, que faz com que o profissional trate os clientes, colegas e a organização de maneira desumanizada; (c) diminuição da realização pessoal no trabalho: caracterizada por uma tendência do trabalhador a auto-avaliar-se de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, com conseqüente declínio no seu sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os demais [6].

De acordo com Carlotto [7], o excesso de tarefas burocráticas tem feito com que professores se sintam desrespeitados, principalmente quando devem executar tarefas desnecessárias e não relacionados à essência de sua profissão. Ao desempenhar

trabalhos de secretaria diminui sua carga horária para o atendimento ao aluno e para desenvolver-se na profissão. A falta de autonomia e participação nas definições das políticas de ensino tem mostrado ser um significativo antecedente do *Burnout.*

Estudos mostram que as conseqüências da síndrome em professores não se manifestam somente no campo pessoal-profissional, mas também trazem repercussões sobre a organização escolar e na relação com os alunos. Além disso, o professor acometido pela síndrome tem dificuldade de envolver-se, falta-lhe carisma e emoção quando se relaciona com os alunos, o que afeta diretamente a aprendizagem, a motivação e o comportamento desses na sala de aula.

O *Burnout,* nessa classe de profissionais, afeta o ambiente educacional e interfere na obtenção dos objetivos pedagógicos, levando esses profissionais a um processo de alienação, desumanização e apatia, ocasionando problemas de saúde, absenteísmo e intenção de abandonar a profissão [7].

Qualidade de vida

Em se tratando de qualidade de vida do professor, dos sete (33,3%) artigos abordavam a temática. Esse subgrupo mostra a importância da compreensão do trabalho docente, bem como a forma que esses têm sido vistos e posicionados, especialmente pelos discursos educacionais das últimas décadas. Além disso, enfatiza o significado do termo qualidade de vida, já que está diretamente relacionado à natureza do trabalho educacional.

A qualidade de vida é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende, pois, de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente da inserção desse na sociedade [8].

O trabalho docente concebido como uma unidade é considerado em sua totalidade responsável pela sua natureza, sua produção e seu desenvolvimento. É formado pela finalidade da ação de ensinar, isto é, pelo seu objetivo e pelo conteúdo concreto efetivado através das operações realizadas conscientemente pelo professor, considerando as condições reais e objetivas na condução do processo de apropriação do conhecimento pelo aluno [9].

A qualidade de vida do educador está ligada à disponibilidade de tempo para seu aprimoramento, educação continuada e também para o seu lazer. Isso pode estar relacionado ao fato de que o horário de trabalho do professor é rígido e que, na maioria das vezes, o educador se vê obrigado a ter mais de um cargo, o que aumenta o número de turnos trabalhados.

De acordo com Teixeira [10]:

> "está ausente nos calendários e horários escolares o tempo do professor, o tempo para o professor. (...) Inexistem momentos para estudo e formação científico-profissional, para a reflexão, elaboração e avaliação coletiva de suas propostas para a educação e a escola. (...) Há os serviços da escola trazidos para a casa, porque estão ausentes, nos calendários e horários, os momentos para realizá-los na escola. (...) É preciso apressar o almoço, a higiene, a conversa com os filhos, para se ter tempo de corrigir exercícios, preparar aulas, preencher diários de classe, dentre outras responsabilidades do professor".

Distúrbios psíquicos

No subgrupo dos distúrbios psíquicos estão dois artigos (9,5%) sobre o estresse ocupacional docente, que é aquele oriundo do ambiente de trabalho.

O estresse é um estado que gera tensão fisiológica e mantém relação direta com as demandas do ambiente. O estresse ocupacional constitui experiência extremamente desagradável, associada a sentimentos de hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão, desencadeados por estressores localizados no ambiente de trabalho. Os fatores contribuintes para o estresse ocupacional vão desde as características individuais de cada trabalhador, passando pelo estilo de relacionamento social no ambiente de trabalho e pelo clima organizacional, até as condições gerais nas quais o trabalho é executado [11].

O trabalho pode ter um potencial nocivo na vida das pessoas, relacionada não apenas com o ambiente laboral, mas principalmente com a organização do mesmo, ou seja, também depende de como se dá as relações no trabalho, ao cumprimento de carga horária, à hierarquia.

Ensinar é uma atividade em geral altamente estressante, com repercussões evidentes na saúde

física, mental e no desempenho profissional dos professores. Ainda de acordo com o referido autor, o cansaço mental e nervosismo são freqüentes em professores e vários fatores de risco – tarefas extra-classe, extensa jornada de trabalho, cumprimento de tarefa com prazo curto de tempo, múltiplos empregos – são associados a essas manifestações de exaustão emocional nesse grupo ocupacional [4].

Condições de trabalho e saúde

Em relação às condições de trabalho e saúde dos professores, em quatro artigos (19,05%) faziam referência ao assunto.

O trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado é fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade; por outro lado, pode se transformar em um processo patogênico, tornando-se nocivo à saúde. No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo são determinados em boa parte pelo tipo de trabalho e pela forma como está organizado [12].

Nos dias atuais, o papel do professor está para além da sala de aula. Isso se deve às transformações sociais, às reformas educacionais e aos modelos pedagógicos que foram modificando e exigindo cada vez mais dos docentes.

As precárias condições de trabalho, a baixa auto-estima e a ausência de resultados percebidos no trabalho desenvolvido estão diretamente relacionados aos sintomas mórbidos e a elevada prevalência de afastamento por motivos de doença.

A desvalorização da profissão

A desvalorização da profissão foi tratada em 19,05% referente a quatro artigos. O trabalho docente se constitui em um conjunto de ações específicas que são empreendidas pela pessoa do professor durante sua vida profissional. Essa vida não está, no entanto, desprendida da vida privada, nem da instituição onde se desenvolve e nem de um contexto mais global [13].

Segundo Lüdke e Boing [14] a *profissão* docente exibe, mesmo aos olhos do observador comum, sinais videntes de precarização, visíveis pela simples comparação com datas passadas. (...). Não é difícil constatar a perda de prestígio, de poder aquisitivo, de condições de vida e, sobretudo, de respeito e satisfação no exercício do magistério hoje.

Além das questões financeiras a desvalorização da profissão docente pode também ser observada pela maneira como vem sendo tratada hoje a questão da progressão continuada dos alunos do ensino fundamental e médio, onde esses, mesmo desinteressados e sem empenho, conseguem evoluir em sua carreira acadêmica até quando não possuem as condições necessárias para isso.

Lapo e Bueno [13] afirmam que

"o trabalho para que seja realizado satisfatoriamente e para que cumpra seu papel equilibrador, requer o estabelecimento de vínculos específicos com determinadas classes de objetos: instituições, pessoas, instrumentos, organizações. Esses vínculos são entendidos como o conjunto de relações que o professor estabelece com a escola e com o trabalho docente, e que dependem da combinação das características pessoais do professor, das formas de organização e funcionamento da escola, do grupo e do contexto social em que ambos (professor e escola) estão inseridos. Quando a organização do trabalho docente e a qualidade das relações estabelecidas dentro do grupo – incluindo-se aí o resultado obtido com o trabalho em sala de aula – não correspondem aos valores e às expectativas do professor, este se vê diante da dificuldade de estabelecer ou manter a totalidade de vínculos necessários ao desempenho de suas atividades no magistério. Assim, pode-se dizer que o abandono é conseqüência da ausência parcial ou relaxamento dos vínculos, quando o confronto da realidade vivida com a realidade idealizada não condiz com as expectativas do professor, quando as diferenças entre essas duas realidades não são passíveis de serem conciliadas, impedindo as adaptações necessárias e provocando frustrações e desencantos que levam à rejeição da instituição e/ou da profissão".

Conclusão

Partindo da concepção de que o homem é um ser social historicamente determinado, que se descobre, se transforma e é transformado pela via do trabalho, é que acreditamos ser de fundamental importância para a qualificação desta construção social entender os fenômenos psicossociais que envolvem o trabalho humano.

Sendo o professor elemento fundamental para o desenvolvimento do país, pois é através da educação que é formada a consciência crítica da nação, é preciso conhecer e compreender as dificuldades e

os fatores externos que interferem no processo de trabalho dessa classe.

Outro fator que merece destaque é a assistência à saúde do professor. Diante de um sujeito que realiza um trabalho de ordem tão complexa, faz-se necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, onde cada profissional possa dar seu enfoque possibilitando soluções relacionadas diretamente com a saúde do trabalhador.

O corporativismo da classe, através dos sindicatos e organizações, também se mostra como importante ferramenta nas reivindicações por direitos trabalhistas que oportunizam o cumprimento dos dispositivos legais que garantem a saúde do trabalhador.

Desta forma, é essencial destacar que através do reconhecimento dos fatores prejudiciais ao desempenho docente podemos prevenir e/ou erradicar problemas de saúde que acometem esses trabalhadores.

A melhoria na qualidade de vida do educador pode otimizar o papel desempenhado por este, refletindo em benefícios tanto para a classe destes trabalhadores quanto para a sociedade.

Referências

1. Haag GS, Lopes MJM, Schuck, JS. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2ª ed. Goiânia: AB; 2001.
2. Reis EJFB, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA, Neto MAS. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2005;21(5):1480-90.
3. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. Educação e Pesquisa 2005;31(2):189-99.
4. Reis EJFB, Araújo TM, Carvalho FM, Barbalho L, Silva MO. Docência e exaustão emocional. Educ Soc 2006;27(94):94:229-53.
5. Carlotto MS, Camara SG. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. Psicol Estud 2004;9(3):499-505.
6. Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. Cad Saúde Pública 2006;22(5):1017-26.
7. Carlotto MS. A síndrome de burnout e o trabalho docente. Psicol Estud 2002;17(1):21-29.
8. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(1):28-35.
9. Basso IS. Significado e sentido do trabalho docente. Cad CEDES 1998;19(44):19-32.
10. Teixeira IAC. Cadências escolares, ritmos docentes. Educ Pesqui 1999;25(2):87-108.
11. Lipp MN. O estresse do professor. Campinas: Papirus; 2002.
12. Delcor NS, Araújo TM, Reis EJFB, Porto LA, Carvalho FM, Silva MO, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20(1):187-96.
13. Lapo FR, Bueno BO. O abandono do magistério: vínculos e rupturas com trabalho docente. Psicol USP 2002;13(2):243-76.
14. Lüdke M, Boing LA. Caminhos da profissão e da profissionalidade docentes. Educ Soc 2004;25(89):1159-1180.

Relato de experiência

Notas sobre uma aula de ensino clínico

Kátia de Moraes Jorge, M.Sc.*, Nélia Regina dos Santos de Paulo, M. Sc.**

**Professora do Curso de Graduação e Extensão em Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa-UCL, **Professora do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem do Trabalho da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro EEAN/UFRJ e da Fundação Técnico Educacional Souza Marques-FTESM, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa – UCL e da Universidade Redentor-UR*

Resumo

Trata-se de um relato de experiência vivenciado em uma instituição de ensino superior privada da cidade do Rio de Janeiro. O objetivo é identificar a utilização do ensino clínico no trabalho educativo pelos docentes. Foram selecionados 20 professores que atuam no ensino superior para melhor subsidiar os dados. Utilizou-se a técnica da entrevista não estruturada no período de novembro de 2007. Na análise dos dados emergiram as seguintes categorias: o ensino clínico e a concepção dos docentes; a importância de desenvolver o ensino clínico nas disciplinas; a associação do ensino clínico com a prática hospitalar; o ensino clínico e o exercício do pensamento crítico reflexivo nos alunos. Apesar dos resultados do estudo demonstrar que nove professores não utilizam esta técnica, conclui-se que 11 professores valorizam o uso deste tipo de estratégia.

Palavras-chave: ensino, pesquisador clínico, enfermagem.

Abstract

Notes about a lesson on clinical teaching

This is an experience report in a private education institution at the city of Rio de Janeiro. The objective was to identify the clinical teaching use in the educative work by teachers. 20 teachers working were selected. It was used the non structured interview during the period of November 2007. From data analysis emerged the following categories: the clinical teaching and the professors' conception; the importance of developing the clinical teaching in education; the clinical teaching association with the hospital practice; the clinical teaching and the critical-reflexive thinking of students. Although the results showed that nine teachers did not use this technique, it was concluded that 11 teachers value the use of this kind of strategy.

Key-words: teaching, research, nursing.

Artigo recebido em 20 de outubro de 2008; aceito em 30 de outubro de 2008.
Endereço para correspondência: Kátia de Moraes Jorge, Rua Barão de Mesquita, 1002/ 601, 20540-004 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2278–2336, E-mail: katia.moraes2004@ig.com.br.

Resumen

Notas sobre una clase de enseñanza clínica

Se trata de un relato de experiencia vivido en una institución de enseñanza superior privada en la ciudad de Río de Janeiro. El objetivo es identificar la utilización de la enseñanza clínica en el trabajo educativo por los profesores. Fueron seleccionados 20 profesores que actúan en la enseñanza superior para mejor analizar los datos. Se utilizó la técnica de entrevista no estructurada en el período de noviembre de 2007. En el análisis de los datos emergieron las siguientes categorías: la enseñanza clínica en la concepción de los profesores; la importancia de desarrollar la enseñanza clínica de las disciplinas; la associación de la enseñanza clínica con la práctica hospitalaria; la enseñanza clínica y el ejercicio del pensamiento crítico-reflexivo en los alumnos. A pesar de los resultados del estúdio demostrar que nueve profesores no utilizan esta técnica, se concluye que 11 profesores valoran el uso de este tipo de estrategia.

Palabras-clave: enseñanza, investigadores, enfermería

Introdução

Muito se tem discutido sobre a utilização do ensino clínico nas Universidades, apesar do aluno do Curso de Graduação em Enfermagem ter aulas práticas no laboratório com professores especializados; materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento dos procedimentos técnicos, nem sempre encontrarão todos estes componentes no campo prático. Este fato faz com que haja uma reflexão dos profissionais de ensino no intuito de buscar estratégias que visem a proximidade dos conhecimentos teóricos e práticos de cada disciplina, tornando o saber mais real.

Uma das estratégias desenvolvidas pelos docentes consiste no uso da aula prática manifestada através do ensino clínico, que segundo pesquisadores da área de enfermagem pode ser visto como uma disciplina que compõe a grade curricular do 3º grau, tendo como estrutura e disposição a divisão por blocos em cada semestre do período letivo ou fazer parte das atividades práticas desenvolvidas em cada disciplina na Universidade.

Neste estudo, dar-se-á ênfase ao ensino clínico como uma aula prática, para tanto, torna-se essencial refletir sobre os pressupostos da Lei que rege o ensino superior, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, artigo 43, parágrafo III, quando descreve que, é fundamental incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência, da tecnologia, da criação e difusão da cultura e através desse modo busca-se desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive [1].

A partir desta concepção, há um conjunto de papéis e funções do profissional de enfermagem mencionadas por Potter e Perry [2] que abrangem como aspectos principais para a prática de enfermagem, o fornecimento de cuidados holísticos para o paciente e família; a decisão pela melhor forma de abordagem para ambos; a promoção de um ambiente hospitalar com segurança, respeitando os preceitos ético-legais do paciente; a coordenação de atividades para os auxiliares e técnicos de enfermagem; o desenvolvimento do ensino que pode ser realizado de modo formal, informal; o auxílio do retorno do cliente à sociedade.

De acordo com estas características, observa-se que o modelo de estratégias que compõem o ensino clínico deve ter como objetivo primordial a desenvolver o processo de ensino-aprendizagem através da construção coletiva do conhecimento ao longo do tempo. Portanto é de vital importância que o professor ouça os alunos nas aulas práticas; incentive o discente a adquirir o hábito de freqüentar a biblioteca, a fim de realizar leituras de diversos teóricos cujo intuito se baseia na contribuição destes autores para o desenvolvimento da prática profissional; estabeleça uma relação de diálogo com o grupo de alunos; estimule o debate de questões atualizadas de procedimentos técnicos; avalie o desempenho dos acadêmicos em cada aula ministrada e desenvolva de maneira gradativa o hábito dos acadêmicos de enfermagem se auto-avaliarem no intuito de perceberem a progressão do aprendizado nas referidas aulas. É preciso lembrar o que os autores [3-5] destacam como fundamental o processo de ensino-aprendizagem que visa o docente como agente mediador neste processo ao ultrapassar os limites da sala de aula e problematizar os conteúdos da aula prática a fim de criar um ambiente de aprendizagem.

Neste sentido, é de suma importância que se utilizem espaços intra e extra-acadêmicos que valorizem esta forma de pensar. A partir disto, o

docente pode ministrar uma aula prática na sala de aula, no laboratório de enfermagem, no museu, em auditórios, hospitais, entre outros. Ramos [6] enfatiza que o indivíduo necessita saber, saber-fazer e saber-ser na realização de uma atividade.

Diante desta idéia pressupõe-se que o acadêmico de enfermagem deve desenvolver as técnicas de enfermagem nas aulas práticas, agindo com fundamentação teórico-prática; destreza; habilidade; autonomia; criatividade; poder decisório; tendo controle emocional ao interagir com as pessoas, respeitando as diferenças étnicas, culturais e sociais.

Conforme a teoria freireana [7], quando o professor ensina, exige-se reflexão crítica sobre a prática, o que implica em pensar certo, em um movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer.

Segundo esta linha de raciocínio, ao desenvolver uma aula através do ensino clínico, o docente necessita visualizar o discente como um ser dinâmico que já apresenta vivências e experiências prévias, seja no âmbito hospitalar, comercial ou familiar. Estes fatores fazem parte de sua cultura e necessitam ser debatidos na aula prática, a fim de que haja uma participação efetiva dos alunos que apresentam expectativas de aprendizagem com cada disciplina que cursam.

Nesta trajetória, ao associar a teoria com a prática no processo de ensino-aprendizagem, o discente necessita perceber a utilidade prática do conhecimento, porque para que o professor estimule o exercício do pensamento crítico-reflexivo no acadêmico de enfermagem torna-se de suma importância considerar que o Curso de Graduação em Enfermagem contempla uma grade de disciplinas que devem promover, a cada etapa de desenvolvimento, maiores níveis de complexidade. Dessa forma, fará com que o aluno adquira uma visão holística no processo de aprender. Machado [8] estabelece que é preciso preparar o cidadão para sua inserção na sociedade (...) é essencial formar gerentes de informações e não meros acumuladores de dados.

Entendendo o aluno como um ser que necessita ser agente na produção de conhecimento, a motivação para realizar este relato de experiência surgiu a partir das aulas de duas docentes que atuam em uma Instituição de Ensino Superior Privada; quando em uma turma de 40 alunos do Curso de Enfermagem, 20 acadêmicos de enfermagem mostravam-se ansiosos e preocupados perante a realização do estágio curricular em Hospitais.

Mesmo tendo suporte teórico e prático com o desenvolvimento das disciplinas, havia um grupo de 10 alunos que dizia que necessitava de um período de maior ambientação com o ensino clínico, a fim de se preparar para desenvolver o estágio. Os outros 10 discentes alegavam estar tranqüilos e seguros para o desempenho das técnicas de enfermagem na Instituição Hospitalar.

Mediante o posicionamento dos graduandos, buscou-se desenvolver este relato de experiência através da realização de 20 entrevistas com os docentes do Curso de Enfermagem, com o objetivo de identificar se os professores utilizavam o ensino clínico no trabalho educativo.

Acredita-se que este trabalho contribuirá para um repensar sobre a importância de desenvolver o ensino clínico para os alunos de graduação em enfermagem.

Focalizando uma experiência de ensino clínico: O trabalho desenvolvido por duas docentes que atuam em uma Instituição de Ensino Superior Privada, iniciou-se em setembro de 2003, com uma turma de 40 alunos que faziam o Curso de Enfermagem à noite. Dez destes alunos eram técnicos de enfermagem, e se sentiam seguros com relação ao futuro ingresso no estágio curricular, 10 trabalhavam em outras ocupações e informavam que necessitavam de mais quantidade de aulas práticas no laboratório de enfermagem, 20 não trabalhavam e estavam apresentando ansiedade e preocupação perante o estágio.

Por serem de uma turma que estava no 7º período, e por terem cursado várias disciplinas ao longo do curso de graduação, os graduandos já tinham o conhecimento das técnicas aplicadas na enfermagem, com a respectiva fundamentação prática, porém, as professoras uniram os conhecimentos das disciplinas nas quais lecionavam para que se desenvolvesse o ensino clínico através de uma ambientação para a prática profissional em enfermagem.

Em um momento inicial, optou-se pela divisão do grupo em A1 e A2; o grupo A1 foi preenchido por cinco acadêmicos de enfermagem que já trabalhavam em hospitais, cinco discentes que atuavam em outras funções, e 10 alunos sem experiência. O grupo A2 foi composto pelos mesmos critérios. Totalizando, então, 20 alunos em cada aula prática no laboratório de enfermagem. As disciplinas trabalhadas neste contexto foram as de Enfermagem em Saúde Mental e de Sociologia e Antropologia, objetivando relacionar a prevenção e a promoção

da saúde como fator principal para desenvolver o cuidado holístico no ser humano. Antes da atividade prática, os discentes fizeram várias leituras de diferentes autores para que se associasse, no momento da aula, a concepção de cada autor com a aplicabilidade do conhecimento em pauta.

A partir do contato com os procedimentos de enfermagem, as aulas práticas desenvolvidas no laboratório de enfermagem visaram atender a comunidade local, foram revisadas as técnicas de medição dos sinais vitais e de verificação da glicose sangüínea, foram preenchidas fichas e feitos boletins estatísticos retratando o número de atendimentos no período. Os discentes orientaram as pessoas quanto à importância do controle sistemático da pressão arterial e da glicose, utilizando uma linguagem simples, objetiva e adequada ao nível sócio-econômico- cultural da clientela. Após a realização da atividade prática, fizeram um resumo destacando as idéias principais da atividade.

Neste âmbito, Solé [9] reforça a idéia de que na leitura há um processo de interação entre o leitor e o texto. Transpondo o conceito da autora para a utilização da aula prática como instrumento de aprendizagem, verifica-se que quando o aluno percebe a utilidade do conhecimento, a motivação para aprender assume um valor significativo, por tornar o conteúdo trabalhado em sala de aula vivo e eficaz.

Entretanto, Tierno [10] focaliza que o que importa em um texto são as idéias, não as palavras. Partindo desta premissa, nota-se que o aluno de um curso de graduação necessita desenvolver o pensamento crítico-reflexivo através do que o professor utiliza como estratégia de ensino. Por estar em um grau mais elevado de conhecimento é preciso que o discente seja estimulado a pensar e não agir apenas mecanicamente repetindo nos espaços pedagógicos o que o docente discute no ensino clínico. É importante que haja nas atividades práticas questionamentos e debates.

Em um momento posterior da aula prática, os pontos principais de cada procedimento técnico desenvolvido nas pessoas carentes foram discutidos. Em seguida, os graduandos foram avaliados pelos docentes que foram convidados a participar da exposição de trabalhos sobre os temas abordados na atividade prática.

Materiais e métodos

Na investigação, foi utilizada uma abordagem de natureza qualitativa, com o objeto de estudo voltado para a maneira de como o professor deve utilizar o ensino clínico nas aulas do Curso de Graduação em Enfermagem.

Goldenberg [11], Minayo [12] comentam que as ciências sociais têm sua especificidade, que pressupõe uma metodologia própria, em um mundo de significados de ações e relações humanas, por um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas.

Para desenvolver este relato de experiência, optou-se por selecionar 20 docentes que atuam em uma Instituição de Ensino Superior Privada, com o objetivo de identificar a utilização do ensino clínico no trabalho educativo pelos docentes.

Foram realizadas 20 entrevistas não estruturadas nas salas de aula, fornecendo em média 30 minutos para cada depoente se manifestar, obedecendo as diretrizes estabelecidas na Lei nº 196/96 do Ministério da Saúde, que contextualiza a pesquisa envolvendo seres humanos [13].

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2007, através de um roteiro previamente elaborado como instrumento de realização do estudo. Foram feitas quatro perguntas sobre o ensino clínico. Como critério de inclusão dos sujeitos, escolheu-se os docentes com horário integral na Instituição. A fim de preservar a Lei do Anonimato, utilizou-se as letras do alfabeto na identificação dos depoentes.

Resultados e discussão

Quanto à análise dos dados, para interpretar as falas, utilizou-se buscar a associação das seguintes etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final [12].

Ao caracterizar os professores com horário integral na Instituição de Ensino Superior Privada, percebe-se que dos 20 docentes entrevistados cinco lecionaram na turma do 7º período de enfermagem, 15 professores desenvolvem disciplinas em outros períodos do Curso de Graduação em Enfermagem.

A partir da análise das entrevistas, partimos para a organização e sistematização dos dados a fim de subsidiar o estudo. Percebemos então que emergiram quatro categorias, a saber: o ensino clínico e a concepção dos docentes; a importância de desenvolver o ensino clínico nas disciplinas; a associação do ensino clínico com a prática hospitalar; o ensino clínico e o exercício do pensamento crítico-reflexivo nos alunos.

O ensino clínico e a concepção dos docentes

O ensino clínico como aula prática pode ser realizado de diversas maneiras, seja através de uma palestra educativa; visita a uma Instituição Hospitalar; trabalho com comunidades carentes, aulas em laboratórios de enfermagem, entre outros.

Diante deste fato, os 20 docentes que participaram do estudo relataram que conhecem o ensino clínico, afirmando que simboliza uma estratégia prévia para o desenvolvimento do estágio curricular, 11 professores utilizam esta técnica nas aulas, mas nove docentes não utilizam, alegando que é melhor encaminhar o aluno diretamente para o campo de estágio. Acreditam que o discente necessita praticar os procedimentos técnicos sem antes fazer um reconhecimento do hospital em que irá atuar. O depoente J menciona que: "o aluno precisa ter curiosidade perante o estágio e sobre o que vai desenvolver por lá". No entanto, o depoente R focaliza que: "o discente só pesquisa mesmo no estágio com o estudo de caso em torno dos pacientes". Contudo, o entrevistado S elucida que: "é fundamental que o aluno desenvolva habilidades e competências nas aulas teóricas e na prática hospitalar, sem que haja necessidade da implementação do ensino clínico".

Diante deste aspecto, compreendemos que ao desvincular-se o ensino clínico do processo de aprendizagem do aluno, a prática fica fragmentada, distante de ações mais concretas, o que produz uma lacuna, dificultando o aprendizado dos procedimentos técnico-científicos dos acadêmicos de enfermagem.

Portanto, ao desenvolvermos as aulas práticas no laboratório de enfermagem com os alunos de enfermagem do 7º período, observou-se que a iniciativa de aplicá-las como ensino clínico foi satisfatória, porque os graduandos conseguiram atingir o objetivo principal da atividade que era visualizar o ser humano como um todo, um conjunto de aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais. Verifica-se que a aula prática é um tipo de estratégia mais concreta, que possibilita ao aluno questionar valores, princípios, atitudes que em um momento posterior farão parte da vida profissional em enfermagem. Nesta forma de pensar, Antunes [14] focaliza que é preciso envolver os alunos na aprendizagem e na reestruturação de compreensão de mundo. O que coaduna com o posicionamento de Candau e Demo [15,16].

A importância de desenvolver o ensino clínico nas disciplinas

Na análise das falas dos depoentes, notou-se que dos 20 professores entrevistados, 15 consideram importante desenvolver o ensino clínico nas disciplinas, ao passo que cinco não vêem como significativo o uso de qualquer tipo de atividade prática relacionada ao ensino clínico.

No depoimento de K há menção de que "o ensino clínico tem por objetivo planejar e sistematizar o cuidar do paciente hospitalizado através de uma visão holística". Entretanto, na maneira de pensar de A "O ensino clínico possibilita que o aluno vá para o estágio com mais segurança e tranqüilidade, pois fez um reconhecimento prévio da Instituição hospitalar".

Interpreta-se, então, a partir destas falas, que o ensino clínico como instrumento de ação da prática pedagógica auxilia o discente a ampliar a visão da noção do termo cuidado no ambiente hospitalar e, por conseguinte, obter um maior amadurecimento de idéias, tornando-se mais seguro para atuar no futuro estágio.

Nesta dinâmica, a aula prática não é classificada apenas como o canal de transmissão do conhecimento do professor aos alunos (...) para mobilizá-los é preciso que saibam o que estão fazendo e por que o fazem retrata Freire e Perrenoud [7,17].

No momento em que os discentes dialogam com os professores, há uma troca de experiências enriquecedoras que fazem com que o acadêmico de enfermagem valorize o saber através de uma fundamentação prática.

A experiência em dividir a turma de enfermagem do 7º período em grupos A1 e A2 fez com que os alunos tivessem um aproveitamento maior da aula prática desenvolvida no laboratório de enfermagem.

Os 20 discentes que estavam ansiosos perante a atuação no campo prático conseguiram ficar mais tranqüilos, compartilhando o aprendizado até com os discentes que já atuavam na área hospitalar e em outras áreas.

A associação do ensino clínico com a prática hospitalar

Ao abordarem esta questão, 18 professores comentam que promover o exercício do pensamento crítico-reflexivo de forma gradual é um fator

motivador para os alunos do curso de graduação em enfermagem, verifica-se esta situação quando L enfatiza que: "A aproximação da teoria ministrada na sala de aula com as atividades práticas desenvolvidas fora da Universidade contribui para um estilo de aprendizagem dinâmico e motivador para o aluno de graduação".

Por outro lado, M caracteriza que "é preciso diversificar estratégias de ensino para o aluno, porque o professor necessita estar sintonizado com a modernidade para desempenhar um trabalho com qualidade".

Mas, O discorre que "o ensino clínico é uma ação inicial de uma prática que requer interesse e determinação do professor para realizar, pois necessita estar associado ao que o graduando encontrará no ambiente hospitalar".

Ao refletirmos sobre estas falas, nota-se que é preciso que o professor se disponibilize a buscar estratégias que valorizem a metodologia ativa no desenvolvimento das ações pedagógicas, em que o aluno se sinta como agente principal na construção do conhecimento. Para tanto, é fundamental que o docente repense conceitos, idéias e alternativas para conduzir uma aula prática.

Sob este aspecto vale mencionar que, vivemos numa sociedade denominada às vezes do conhecimento, às vezes da informação. Dispomos de dados cada vez mais abundantes, e convivemos com um número cada vez maior de instrumentos caracteriza Machado [8].

Estes instrumentos que o autor cita se referem à presença da tecnologia cada vez maior em nossa sociedade, influenciando o poder de decisão das pessoas, ao trabalhar com uma velocidade de informações relacionadas ao mundo globalizado.

Para o aluno do curso de enfermagem é de suma importância que priorize o cuidado totalitário ao paciente hospitalizado e trabalhe com eficiência com as ferramentas tecnológicas indispensáveis ao cuidado.

O ensino clínico e o exercício do pensamento crítico reflexivo nos alunos

Dos 20 docentes entrevistados, 15 visualizam o ensino clínico como uma estratégia valiosa para promover a reflexão crítica nos alunos do curso de graduação em enfermagem. Porém, os outros cinco professores informam que pensar criticamente só ocorre nas aulas teóricas, já que como um primeiro momento de aula prática o ensino clínico serviria apenas como um breve ensaio para o futuro exercício da prática profissional em um estágio.

Conforme a visão de N "ensino clínico reflete um mecanismo de interesse em combinar procedimentos teóricos com os práticos, tornando mais efetiva a ação de ensinar". O que combina com a forma de raciocínio de 14 docentes.

Entretanto, cinco professores interpretam que o ensino clínico não acrescenta mais conhecimento para o aluno de graduação em enfermagem, já que o conteúdo programático das aulas teóricas é reforçado com maior duração.

Diante destas considerações, ressalta-se que ao seguir um programa nas aulas, sem buscar a associação destes saberes a aulas práticas, os docentes estarão fazendo com que o discente tenha um papel passivo na aprendizagem, descontextualizando a visão de todo o processo que abrange as etapas de aquisição da aprendizagem.

Por esta vertente ao trabalharmos com a utilização de aulas práticas de sinais vitais e medição de glicose no laboratório de enfermagem para pessoas que residem em comunidades, os alunos do 7º período de enfermagem conseguem desenvolver habilidades como as de senso de observação, integração, conduta ética, destreza manual, controle emocional.

Para Gil [18], o estágio atual de desenvolvimento da humanidade exige que os homens se valham intensamente de suas capacidades de reflexão e de planejamento. Na reflexão, o homem interpreta a realidade em que vive de forma cada vez mais aprimorada.

No planejamento organiza e disciplina sua conduta, tornando-se capaz de desempenhar atividades cada vez mais complexas.

Conclusão

A utilização do ensino clínico para os alunos do curso de graduação em enfermagem possibilita que haja uma maior integração entre a esfera de conhecimento teórico e prático, na medida em que o discente adquire o saber nas aulas teóricas e tem a seguir as aulas práticas com a respectiva fundamentação dos procedimentos técnicos e científicos.

Identificou-e neste estudo que, com as aulas práticas desenvolvidas no laboratório de enfermagem para os alunos do 7º período que estudam à noite; 20 acadêmicos que estavam com um grau elevado de ansiedade perante a realização do está-

gio no Hospital conseguiram ter mais segurança e controle emocional no desempenho das técnicas, o que condiz com a análise de 11 professores que utilizam esta estratégia nas aulas, o nível de rendimento nas atividades propostas foi muito bom, houve uma integração com as pessoas que viviam em áreas carentes, quando verificaram a pressão arterial e a glicose. Em contrapartida nove docentes não fazem uso deste procedimento por enfatizarem que é melhor para o discente atuar diretamente na Instituição Hospitalar.

Dos 20 professores entrevistados verifica-se que todos conhecem o ensino clínico, 15 consideram importante desenvolver este instrumento de aprendizagem nas disciplinas, alegando que a técnica auxilia o graduando a desenvolver um sistema de cuidado holístico ao paciente hospitalizado, mas cinco docentes advertem que o ensino clínico não é significativo para o discente.

Outro ponto a ser destacado é que, perante a associação do ensino clínico com a prática hospitalar, 18 professores focalizam que promover o exercício do pensamento crítico-reflexivo de forma gradual constitui um fator motivador para os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Contudo, dois docentes reforçam a idéia de que mesmo o docente buscando esta associação, o graduando não se sente motivado.

No que se refere ao ensino clínico e o exercício do pensamento crítico-reflexivo nos acadêmicos de enfermagem, 15 professores entendem que o ensino clínico é uma estratégia valiosa para promover a reflexão crítica nos alunos de 3º grau. Porém cinco docentes comentam que pensar criticamente só é possível nas aulas teóricas, porque consideram o ensino clínico como um breve ensaio para o estágio curricular.

A partir destes relatos, acredita-se que o professor como orientador da aprendizagem necessita buscar alternativas, no ensino do aluno, que viabilizem uma prática de enfermagem qualificada para o mercado de trabalho e ao longo da vida.

Referências

1. Cury CRJ. LDB Lei de Diretrizes e Bases da Educação Lei nº 9.394 / 96. 5a ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
2. Potter P, Perry A.Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3a ed. São Paulo: Tempo; 1998.
3. Gandin A. Metodologia de Projetos na sala de aula: Relato de uma experiência. 1a ed. São Paulo: Loyola; 2001.
4. Moretto V. A evolução da organização escolar por meio da educação para competências (Programa Geral) In: 3º Seminário Internacional de Educação Desenvolvimento de Competências, Pedagogia de Projetos e Organização do Trabalho Escolar. Rio de Janeiro. UERJ; 2003. p.56.
5. Starepravo AR. Estratégias interdisciplinares na educação infantil e séries iniciais. Livro Jornadas 2005: Temas em Educação IV. In: 4a Jornada Internacional de Educação do Estado do Rio de Janeiro, UERJ; 2005. p.18.
6. Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 2a ed. São Paulo: Cortez; 2002.
7. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 18a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
8. Machado JN. Educação: Projetos e valores. 3a ed. São Paulo: Escrituras; 2000.
9. Solé I. Estratégias de leitura. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
10. Tierno B. As melhores técnicas de estudo: saber ler corretamente, fazer anotações e preparar-se para os exames. 1a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
11. Goldenberg M. A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 5a ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.
12. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
14. Antunes C. Como desenvolver as competências em sala de aula. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
15. Candau I. Didática: o ensino e suas relações. 6a ed. São Paulo: Papirus; 2001.
16. Demo. P. Conhecer e aprender: sabedoria dos limites e desafios.1a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
17. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. 1a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
18. Gil AC. Metodologia do ensino superior. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1997.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2009

Fevereiro

12 a 13 de fevereiro
IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto, Portugal
Informações: uisqv@esenf.pt

Março

08 a 12 de março
MEDTROP 2009 - XLV Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.
Centro de Convenções de Pernambuco
Recife, PE
Informações: www.medtrop2009.com.br

27 e 28 de março
Simpósio – Decisões e cuidados no final da vida
USP – Escola de Enfermagem
São Paulo, SP
Informações: (11) 3061-7531 ou E-mail: scex@edu.usp.br

Abril

27 de abril a 01 de maio
12º Congresso Mundial de Saúde Pública 2009
Istambul, Turquia
Informações: www.worldpublichealth2009.org/

30 de abril a 2 de maio
XIV Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica
Porto Alegre, RS
Informações: www.cbnp2009.com.br

Maio

29 de maio a 2 de junho
American Society of Clinical Oncology
Orlando, Estados Unidos
Informações: www.asco.org

Julho

17 a 21 de julho
9º Congresso de Enfermagem em Centro Cirúrgico 2009
Centro de Convenção Anhembi
São Paulo, SP
Informações: (11)3341-4041
www.sobecc.org.br

Outubro

27 a 31 de outubro
XXV Congresso Mundial de Prevenção do Suicídio
Montevidéu, Uruguai
Informações: WWW.iasp2009.org

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 7 número 6 - Novembro / Dezembro de 2008

EDITORIAL

A publicação como expressão de compromisso social,
Valéria Lerch Lunardi 311

ARTIGOS ORIGINAIS

Avaliação de crianças alimentadas com uma multimistura distribuída por uma Unidade de Saúde da Família do Vale do Aço,
Marcela Heloísa Oliveira Vidal, Martha Elisa Ferreira de Almeida, Celina de Vasconcelos Leite 312

Desfibrilador externo automático: análise do desempenho teórico e prático de uma turma de formandos em Enfermagem, Marcelo Rodrigues Morais de Oliveira, Marlene Lima Ribeiro, Wiliam Miranda Moraes 319

Competências gerenciais nas Escolas de Enfermagem: participação da comunidade acadêmica, Silvia Campos dos Reis, Roberta Dantas Breia de Noronha, Beatriz Gerbassi Costa Aguiar 329

Morte: compreensão de enfermeiras oncológicas,
Anna Maria de Oliveira Salimena, Gisele da Cruz Ferreira, Edna Aparecida Barbosa de Castro, Vânia Maria Freitas Bara..... 335

A concepção dos pais a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, Bruno Moraes Leobons, Darli José Zani Junior, Kelly da Silva Cid, Fernanda Garcia Bezerra Góes..... 342

RELATO DE CASO

Leishmaniose cutâneo-mucosa: cuidados de Enfermagem à criança com deformação da imagem corporal, Mariana Gomes Cardim, Christiane da Silva e Souza, Adriana Rodrigues Silva 348

REVISÕES

Aleitamento materno: os benefícios oriundos desta prática para redução do câncer de mama, Gabrieli Bezerra Pinto, Rosemere Santos da Conceição, Vicerlene da Silva Ribeiro Rodrigues, André Luiz de Souza Braga 356

A produção científica nacional de enfermagem sobre o cateter central de inserção periférica, Fátima Cristina Mattara Camargo, Cristiane Rocha Magalhães, Swya Oliveira Xavier 364

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 369

CALENDÁRIO DE EVENTOS..... 371

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil, MN-Metabólica e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *UTI Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

A publicação como expressão de compromisso social

Profa. Dra. Valéria Lerch Lunardi

A Revista *Enfermagem Brasil* disponibiliza, à comunidade de trabalhadores de enfermagem e de saúde, mais especificamente, uma nova coletânea de artigos.

Tais manuscritos encaminhados por pesquisadores que atuam em diferentes ambientes demonstram a complexidade e a abrangência do trabalho da enfermagem, retratando o compromisso da profissão e dos que nela exercem suas funções com o enfrentamento de múltiplas situações e problemas cotidianamente vivenciados por crianças, adultos, idosos, trabalhadores, estudantes, com possíveis implicações no seu modo de viver, de ser saudável, de adoecer e, também, de morrer. A diversidade de temas representa o olhar sensível da enfermagem e sua permanente mobilização no sentido de conhecer, intervir, transformar, numa perspectiva de qualificar o modo de viver dos sujeitos e das comunidades.

Tais manuscritos demonstram, também, o compromisso da enfermagem de permanentemente contribuir com a produção científica, de socializar sua produção, expondo-se à crítica externa, dialogando com seus pares, favorecendo a identificação de avanços, superações, lacunas e fragilidades no que produz.

A *Enfermagem Brasil* e todos os que vêm envidando esforços, ao longo dos anos, para que este periódico se consolide, se qualifique e avance no panorama nacional, sentem-se recompensados, tanto pelos produtos recebidos para publicação, expressão do compromisso social dos pesquisadores, quanto pelos disponibilizados e consumidos pelos leitores, expressão também do seu compromisso frente à produção científica.

* *Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.*

Artigo original

Avaliação de crianças alimentadas com uma multimistura distribuída por uma Unidade de Saúde da Família do Vale do Aço

Marcela Heloísa Oliveira Vidal*, Martha Elisa Ferreira de Almeida, M.Sc.**, Celina de Vasconcelos Leite***

*Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, **Nutricionista, Professora dos cursos de Graduação em Nutrição e Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, ***Enfermeira, Professora do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Resumo

A desnutrição protéico-calórica é uma importante causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos em todo o mundo. O estudo aborda a assistência de enfermagem no tratamento da desnutrição em crianças de até 68 meses supostamente com baixo peso, que estavam cadastradas no programa de multimistura de uma Unidade de Saúde da Família (USF) na região do Vale do Aço. Foi realizada análise de prontuários, aplicação de um questionário para as mães e outro para a enfermeira responsável pelo programa de multimistura. Os resultados apontaram a precária condição de vida das crianças, a falta de conhecimentos maternos a respeito da desnutrição e a forma de preveni-la, principalmente quanto à utilização correta da multimistura. A pesquisa foi realizada com 25 crianças, sendo que, 48% estavam com o peso ideal e as demais apresentavam baixo peso. A utilização da multimistura proporcionou uma recuperação do peso de apenas 3 crianças, concluindo que a multimistura utilizada não foi eficaz.

Palavras-chave: desnutrição, prevenção, multimistura, enfermagem.

Abstract

Evaluation of children using multimixture offered by a Family Health Unit in the Steel Valley – MG

The protein-calorie deficiency is an important cause of mortality among children under 5 years old worldwide. The study approaches the nursing assistance in the treatment of malnutrition in children ≥ 68 months with supposed underweight who were registered in the multimixture program of a health center (Family Health Unit) in the so-called Steel Valley – MG. Were analyzed the children records, and the questionnaires submitted to their mothers and to the nurse in charge of the program. The results pointed out the precarious life conditions of the children and the lack of knowledge of the mothers about the malnutrition and the ways of preventing it, mainly concerning the correct use of the multimixture. Of the twenty-five children who constituted the sample group, 48% were into the expected weight and the other underweighted. Even using the multimixture only 3 children gained weight, which leads to the conclusion that the used composition was not efficient.

Key-words: malnutrition, prevention, multimixture, nursing.

Artigo recebido em 29 de setembro de 2006; aceito em 12 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Martha Elisa Ferreira de Almeida, Rua Pedras Bonitas, 575/103, 35162-000 Ipatinga MG, E-mail: marthanutri@yahoo.com.br

Resumen

Evaluación de niños alimentados con una multimezcla distribuída por una Unidad de Salud de la Familia de la región de Vale do Aço – MG

La desnutrición proteica y calórica es una importante causa de mortalidad en niños menores de 5 años en todo el mundo. El estudio aborda la atención de enfermería en el tratamiento de la desnutrición en niños de hasta 68 meses supuestamente con bajo peso, que estaban registrados en el programa de multimezclas de una Unidad de Salud de la Familia (USF) en la región de Vale do Aço. Fue realizado análisis de prontuarios, aplicación de un cuestionario para las mamás y otro para la enfermera responsable por el programa de multimezclas. Los resultados apuntaron para la precaria condición de vida de los niños, la falta de conocimientos maternos al respecto de la desnutrición y la forma de prevenirla, principalmente cuanto a la utilización correcta de la multimezcla. La investigación fue realizada con 25 niños, siendo que, 48% estaban con el peso ideal y los demás presentaban bajo peso. La utilización de la multimezcla proporcionó una recuperación de peso de apenas 3 niños, concluyendo que la multimezcla utilizada no fue eficaz.

Palabras-clave: desnutrición, prevención, multimezcla, enfermería.

Introdução

Enfrentar as condições determinantes da mortalidade infantil tem sido nas últimas décadas um desafio constante para as autoridades brasileiras, pois a partir de 1948 com a Declaração Universal de Direitos Humanos "foi identificado que um dos direitos do homem era o de viver livre da fome e da desnutrição". Esta declaração contribuiu no esforço para voltar a atenção internacional às necessidades de enfrentar os problemas da desnutrição e da falta de garantia à alimentação. Além disso, o Plano de Ação do Encontro chamou atenção, dentre outros aspectos, para a importância do aleitamento materno e de como a mulher pode contribuir garantindo a nutrição de seus filhos e sua família, e também sobre a importância prioritária dos cuidados com a saúde infantil [1].

Segundo dados da Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (PNDS, 1996), 5,7% das crianças menores de 5 anos eram desnutridas [2], enquanto para o Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF), no período de 1990 a 1997, 7% das crianças brasileiras nesta mesma faixa etária apresentavam baixo peso e outros 27% destas, apresentam doenças relacionadas à deficiência nutricional, merecendo importante atenção para a elaboração de medidas preventivas da desnutrição e intervenções no plano de saúde pública [1].

A desnutrição protéico-calórica é uma importante causa de morte de crianças menores de 5 anos em todo o mundo, sendo que para os sobreviventes desta patologia pode haver comprometimentos físico e mental irreversíveis. A palavra desnutrição significa que a causa do problema é por um consumo alimentar insuficiente em quantidade e qualidade, e que sua prevenção ou tratamento pode ser eficaz somente na presença do alimento [3].

Visando reverter o perfil desfavorável de saúde da população infantil no Brasil, em 1976, os médicos Clara T. Brandão e Rubens Brandão iniciaram em Santarém, Pará, um programa para enfrentar a desnutrição, procurando na produção local, "alimentos alternativos" que tivessem alto valor nutritivo, embora não fossem tradicionalmente consumidos pela população. Inúmeros profissionais relatam a importância da alimentação alternativa (multimistura), como forma de garantir uma alimentação mais saudável, mesmo não sendo comprovada a sua eficácia com animais experimentais. A desnutrição acomete na maioria das vezes pessoas de baixa renda e o uso do alimento alternativo visa suprir as deficiências nutricionais, principalmente em crianças desnutridas [2].

Existem diferentes formulações da multimistura, que é um "produto obtido através da secagem, torragem, moagem e mistura de ingredientes de origem vegetal, sendo obrigatória a presença de farelos torrados e pó de folhas verde-escuras podendo ser adicionados leite em pó e outros ingredientes". Cada componente da multimistura tem uma importância, sendo que sua formulação varia de acordo com a disponibilidade local dos ingredientes, mas basicamente é composta por alimentos não convencionais na dieta habitual, entre eles os farelos, pó de casca de ovo, folhas verde-escuras e sementes [2].

A maioria dos experimentos com a multimistura foi realizado com ratos e alguns autores relatam a sua eficácia [4-6] e outros afirmam ser ineficaz a utilização da mesma no tratamento da desnutrição [7,8]. Diante da presença de dados insuficientes para garantir um nível de seguridade nutricional e toxicológica das multimisturas [2], o objetivo do estudo foi avaliar sua utilização e o efeito sobre o ganho de peso em crianças de 0 a 68 meses atendidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região do Vale do Aço.

Material e métodos

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2006, através da visita domiciliar, àquelas mães cujas crianças eram classificadas como desnutridas e que vinham recebendo mensalmente multimistura oferecida por uma Unidade de Saúde da Família da região do Vale do Aço, MG. Cada criança recebia uma quantidade padronizada pela USF de multimistura que era composta por: 1 xícara de farelo de arroz, 1 xícara de farelo de trigo, 1 xícara de pó de folha de mandioca, ½ xícara de pó de sementes e 3 colheres de sopa de casca de ovo.

Para cadastrar as crianças no programa da multimistura a equipe de enfermagem da referida Unidade, utilizava os critérios de peso/idade (P/I) de acordo com as tabelas adotadas pelo Ministério da Saúde, entretanto consideravam as crianças desnutridas quando estas se encontravam no percentil ≤ a 25. Para avaliar a eficácia da multimistura sobre o estado nutricional das crianças, foram utilizados os cartões da criança (menino e menina) do Ministério da Saúde (2004) que considera uma criança com baixo peso a partir do percentil ≤ 10.

Participaram da pesquisa 20 mães com idade de 25,74 ± 7,11 anos que responderam para um total de 25 crianças, bem como uma enfermeira da USF.

A abordagem das mães foi feita através de um formulário para obter informações sobre idade; sexo; hábitos alimentares da criança; situação socioeconômica da família como renda familiar, saneamento básico, moradia; conhecimento sobre a desnutrição e a utilização da multimistura; identificação e papel do enfermeiro e importância da assistência de enfermagem na prevenção da desnutrição.

O cartão da criança foi avaliado com o objetivo de obter dados como peso (kg), estatura ou altura (cm), presença de parasitoses intestinais, e o início e o fim (meses) de atendimento da criança na USF.

Resultados e discussão

Observou-se que a maioria das crianças eram do sexo feminino (60%), discordando do estudo que comparou a situação nutricional de crianças com baixa renda no segundo ano de vida, antes e após a implantação de programa de atenção primária a saúde [8].

Quanto à renda familiar, a maioria das entrevistadas (76%) vivem com 1 salário mínimo ou menos e 24% vivem com renda entre 1 e 2 salários mínimos; discordando do estudo onde apenas 8% das mães avaliadas possuíam renda familiar menor que 1 salário mínimo [9]. Não foi obtido nenhum preenchimento do questionário na opção correspondente a renda maior que 2 salários.

O trabalho fora do lar foi relatado por 25% das mães, concordando com o estudo que avaliou a opinião materna sobre o peso de crianças menores de 2 anos, no qual foi observado que 21,8% destas mães trabalhavam fora do lar [10], sendo que o trabalho materno fora do lar é um fator de risco para desnutrição, principalmente quando estas crianças são cuidadas por pessoas que não possuem conhecimentos apropriados para tal [11]. Das crianças (n = 6) cujas mães trabalhavam fora do lar, 66,66% recebiam cuidados diários oferecidos em creches, 16,66% das avós e 16,66% de irmãs ou irmãos. Tem sido relatado que dependendo da renda gerada, do tipo de trabalho, da adequação do cuidador substituto e da idade da criança, o efeito sobre o estado nutricional desta poderá variar do risco à proteção [11].

Durante a gravidez o uso do fumo foi relatado por 25% das entrevistadas, o álcool por 15% e a associação entre o fumo e o álcool por 5%, sendo que o alcoolismo é um fator de risco independente para desnutrição infantil [11].

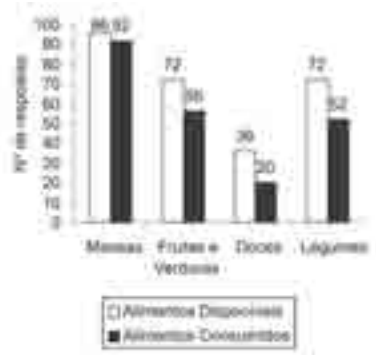
As crianças nascidas de baixo peso representaram 48% da amostra, discordando do estudo no qual apenas 10,3% das crianças nasceram de baixo peso [9], demonstrando que a renda familiar é um fator importante, uma vez que no estudo citado apenas 8% das mães apresentavam uma renda familiar menor que 1 salário mínimo. Foi observado que das crianças nascidas de baixo peso, 83,34% fizeram acompanhamento na USF, visto que do total de crianças avaliadas 92% destas tem acesso a USF e que apenas 8% não têm acesso, uma vez que a mãe se recusa a deslocar-se até a referida unidade.

Foi relatado que 64% das crianças foram amamentadas, com uma idade média de desmame de 17,18 ± 11,08 meses e com a idade de início de alimentação complementar de 5,35 ± 1,61 meses, e que 20% das mães ainda amamentavam até a data da pesquisa. Foi observado que 16% das crianças não foram amamentadas, fator este que contribuiu de forma significativa para o processo de desnutrição bem como internações recorrentes, uma vez que o aleitamento materno é a forma mais natural possível de oferecer condições adequadas para o crescimento do bebê sem induzir complicações clínicas [12]. Se as práticas de aleitamento materno seguissem as recomendações, além dos ganhos incalculáveis para a saúde, nutrição e bem-estar das crianças, as despesas familiares destinadas à alimentação artificial seriam bastante reduzidas [13].

Segundo relatos, 30% das mães responderam que as crianças tiveram alguma doença intestinal, entre infecções e diarréias; 60% não relataram nenhuma doença e 10% não souberam responder. Das residências visitadas, 65% possuíam esgotamento sanitário e 35% não possuíam, justificando a elevada incidência de parasitoses principalmente nas residências sem esgotamento sanitário. Um exemplo dessas doenças é a diarréia que pode repercutir negativamente no estado nutricional da criança, visto que esta pode estar relacionada a parasitoses.

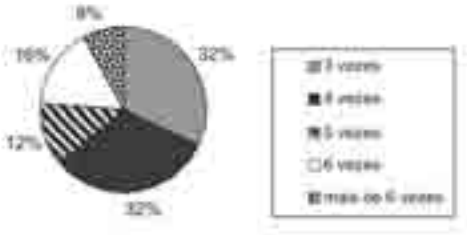
Na Figura 1 foram comparados a disponibilidade de alimentos e seu consumo pela criança. Observa-se que não são todas as residências que possuem frutas, verduras e frutas e que é bastante baixo o seu consumo pelas crianças que na idade pré-escolar estão crescendo e desenvolvendo e por isso precisam de alimentos nutritivos e saudáveis [12].

Figura 1 - Relação entre a disponibilidade doméstica de alimentos e seu consumo pelas crianças.



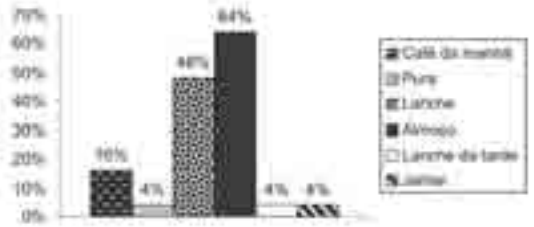
Com relação ao número de refeições realizadas por dia, pode ser observado através da Figura 2, que a maioria das crianças alimentava-se de 3 a 4 vezes ao dia e quanto maior o fracionamento das refeições, melhor será para a recuperação das crianças desnutridas, principalmente porque aumenta a possibilidade de utilização da multimistura. Tem sido recomendado que as crianças devem se alimentar de 4 a 6 vezes por dia, tornando os lanches tão importantes quanto as refeições em termos de sua contribuição para a ingestão total de nutrientes [12].

Figura 2 - Número de refeições realizadas pela criança/dia.



Observa-se na Figura 3, que a grande maioria das crianças (64%) tinha a multimistura adicionada no almoço e que 4% consumia pura, o que pode ser um fator que contribui para a não recuperação do baixo peso, uma vez que esta multimistura pode não apresentar sabor agradável quando consumida pura. Entretanto pode ser observado (Tabela I) que esta criança que consumiu a multimistura pura conseguiu recuperar o seu peso em 5 meses.

Figura 3 - Refeições nas quais é adicionada a multimistura.



A orientação que deve ser oferecida às mães na USF sobre multimistura, é que esta deve ser adicionada diariamente na quantidade de 2 colheres de sopa [5]. Pode-se observar (Figura 4), que apenas 12% das crianças tinham a adição diária de 2 colheres e 4% de 2 ½ colheres, mas a grande maioria das crianças recebia este suplemento alimentar em uma quantidade inferior a que é preconizada, sugerindo que esta quantidade utilizada seja insuficiente para a recuperação do peso.

Figura 4 - Quantidade de multimistura adicionada à refeição.

Na Tabela I está descrita a utilização da multimistura, duração do acompanhamento e classificação nutricional segundo gênero. Apenas 4 crianças utilizaram a quantidade recomendada [5] de multimistura nas refeições. Das crianças avaliadas através do cartão da criança segundo (P/I), 64,28% (n = 9) do sexo feminino e 33,33% (n = 3) do sexo masculino, mesmo estando com o peso ideal, começaram utilizar a multimistura. Uma criança do sexo feminino nascida de baixo peso, começou a utilizar a multimistura com apenas 1 mês de idade, sendo que é preconizado que "até os 6 meses de idade o aleitamento materno deve ser exclusivo" [13]. Das crianças com parasitoses (n = 8), 5 estavam com baixo peso segundo o cartão da criança e não conseguiram atingir o peso ideal mesmo com a utilização da multimistura.

Enquanto 30% das mães relataram não haver nenhuma alteração na criança desde o recebimento inicial da multimistura, as demais relataram emagrecimento, ressecamento da pele e cabelos, fraqueza, irritabilidade, desânimo e prostração, dados estes que podem representar as conseqüências da desnutrição e das doenças intestinais [14].

Observou-se que a maioria das crianças (n = 23) foram levadas a Unidade de Saúde da Família, e que 60,86% destas fizeram acompanhamento com o médico pediatra, 21,73% com o médico e a enfermeira e 17,39% fizeram o acompanhamento apenas com a enfermeira. Realçando a importância da equipe multiprofissional, que deve contar também com a presença de nutricionistas e psicólogos, uma vez que todos os profissionais devem atuar so-

Tabela I - Utilização da multimistura, duração do acompanhamento e classificação nutricional segundo gênero.

Gênero	Codificação da criança	Classificação nutricional	Quantidade de multimistura (medida caseira) e refeição utilizada	Início e fim do acompanhamento no cartão da criança (em meses)
Feminino	1	MAPI – MAPI	1 ½ colher no almoço	01 – 12 meses
	2*	MAPI – MAPI	1 colher no almoço	54 – 60 meses
	3	MAPI – PAPI	2 colheres - 1 no lanche e 1 no almoço	18 – 22 meses
	4	PAPI – PAPI	1 colher no café da manhã	34 – 44 meses
	5	PAPI – PI	1 colher pura	21 – 26 meses
	6	PI – MAPI	1 colher no lanche	15 – 16 meses
	7*	PI – PI	2 colheres no lanche	16 – 26 meses
	8*	PI – PI	1 colher no lanche	19 – 24 meses
	9	PI – PI	1 colher no café da manhã	58 – 68 meses
	10	PI – PI	1 colher no lanche	58 – 68 meses
	11	PI – PI	1 colher no café da manhã	22 – 28 meses
	12	PI – PI	1 colher no almoço	08 – 15 meses
	13	PI – PI	1 colher no almoço	36 – 45 meses
	14*	PI – PI	1 colher no almoço	28 – 34 meses
Masculino	15*	MAPI – MAPI	1 colher no lanche e almoço	22 – 34 meses
	16	MAPI – MAPI	1 colher no lanche	25 – 33 meses
	17*	MAPI – MAPI	1 colher no lanche e almoço	52 – 57 meses
	18	MAPI – MAPI	1 colher no lanche e almoço	28 – 36 meses
	19*	PAPI – PAPI	1 colher café da manhã e almoço	61 – 67 meses
	20*	PAPI – PAPI	2 colheres 1 colher no almoço e 1 colher no jantar	50 – 60 meses
	21	PI – PI	2 ½ colheres lanche e almoço	40 – 51 meses
	22	PI – PI	1 ½ colher no almoço	12 – 14 meses
	23	PI – PI	1 colher no lanche e almoço	40 – 45 meses

MAPI – Muito abaixo do peso ideal; PAPI – Pouco abaixo do peso ideal; PI – Peso ideal; * - Parasitose intestinal. Observação: Não foi realizada a classificação do estado nutricional de 2 crianças (uma menina e um menino), uma vez que não foi possível obter a data de nascimento tanto via o cartão da criança quanto no prontuário.

bre o problema da desnutrição que não é apenas da criança, mas sim de toda a sua estrutura familiar.

Foi entrevistada a enfermeira que realiza a distribuição da multimistura, orientação materna e avaliação das crianças. Segue a entrevista realizada.

1) Em quais momentos você trabalha com atenção a criança?
"No acolhimento ou na triagem, na demanda espontânea ou urgência. No programa SISVAN e nos programas específicos desenvolvidos. Além de trabalhos e campanhas de vacina nas escolas e creches".

2) Quantas enfermeiras existem na Unidade de Saúde?
"Enfermeira apenas uma".

3) Quais as orientações oferecidas à mãe sobre a multimistura e alimentação?
"Dosagem correta. Validade; conservação; composição da multimistura. Observação da mudança dos hábitos alimentares; aumento de peso".

4) Qual a sua percepção sobre a eficácia da multimistura?
"Tem uma excelente eficácia. Dentro de no máximo 6 meses obtemos na maioria das crianças, resultados satisfatórios".

5) Caso o tratamento não esteja sendo eficaz, qual a sua conduta?
"Verificar se a dosagem está correta. Pedir exames laboratoriais se necessário. Orientações à mãe quanto a alimentação correta. Se necessário agendar consulta médica".

6) Quem é o fornecedor da multimistura?
"Secretaria de Assistência Social do município. Realizado por uma nutricionista".

7) Quais os componentes da multimistura?
"Farelo de trigo, farelo de arroz, folhas verdes (mandioca e batata), casca de ovo, pó de sementes (gergelim, abóbora, girassol), fubá".

8) Qual o critério utilizado para a criança usar a multimistura?
"Pedido médico, clínico geral ou pediatra. Avaliação pela enfermeira, criança abaixo do peso esperado. Percentil inferior a 25%. Desnutrição".

9) Qual o critério utilizado para a alta da criança?
"Avaliar a evolução do peso, e do quadro de desnutrição. Quatro meses após ter atingido o peso ideal, a criança poderá ter alta no programa, mas terá que vir mais dois meses para acompanhamento do peso, se houver queda, voltamos a enquadrá-la no programa. Ou então por alta médica".

Após a avaliação desta entrevista, pode-se perceber que a assistência de enfermagem é pouco prestada às crianças desnutridas.

Conclusão

Foi observado que a avaliação das crianças está sendo feita de forma diferenciada do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2004), uma vez que as crianças que estavam no percentil ≤ 25, foram classificadas como desnutridas e conseqüentemente cadastradas no programa para o recebimento de multimistura, embora segundo os parâmetros relacionados no Cartão da Criança do Ministério da Saúde (2004), o percentil da desnutrição (peso abaixo do normal) é ≤ 10.

De acordo com os resultados encontrados, apenas 14,28% (n = 2) das meninas e 22,22% (n = 2) dos meninos ingerem a quantidade adequada de multimistura, o que corresponde a 2 colheres de sopa/dia. Observa-se que das crianças com parasitoses, (n = 8), 5 estavam com baixo peso. Foi percebido ainda que 64,28% (n = 9) das meninas e 33,33% (n = 3) dos meninos estavam no peso ideal e foi orientado para que utilizassem diariamente a multimistura. As demais crianças não apresentaram ganho de peso utilizando a multimistura, sendo que 1 criança do sexo feminino apresentou perda de peso significativa passando da classificação de peso ideal para a de muito abaixo do peso ideal.

A maioria das crianças avaliadas alimenta-se apenas 3 ou 4 vezes por dia. Algumas das mães fumaram e/ou beberam durante a gravidez e, sendo famílias com uma renda muito baixa, nem sempre tinham disponibilidade de alimentos como frutas, verduras e legumes em casa, o que pode ter agravado o quadro de desnutrição, bem como contribuído para o nascimento de bebês de baixo peso.

A assistência de enfermagem às crianças desnutridas precisa ser melhorada. Para isto, é necessário que o enfermeiro e os demais profissionais da área da saúde reconheçam sua importância neste papel

e busque desenvolver ações capazes de assistir estas crianças de forma rigorosa, principalmente na prevenção e tratamento da desnutrição. Como a população encontra-se, aparentemente receptiva e interessada em receber orientações, a implantação de programas voltados à criança e a formação de uma equipe multiprofissional qualificada para um acompanhamento sistêmico da nutrição das crianças da região avaliada pode ser considerado oportuna, buscando promover a qualidade dos serviços prestados, além da promoção da saúde do paciente.

Referências

1. Accioly E, Saundero C, Lacerda EM. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2004.
2. Vizeu VE, Feijó MBS, Campos RC. Determinação da composição mineral de diferentes formulações da multimistura. Ciência, Tecnologia e Alimentação 2005;(25)2:254-58.
3. Anderson L, Dibble MV, Turkki PR, Mitchell HS, Rynbergen HJ. Nutrição. 17a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
4. Brandão CT, Brandão RF. Alimentação alternativa. Brasília: Centro de Pastoral Popular; 1996.
5. Azeredo VB, Dias MM, Boaventura GT, Carmo MGT, Fernandes NR. Influência da multimistura na gestação de ratas: pesos materno e fetal e triglicerídeos séricos. Rev Nutr 2003;(16)1:83-91.
6. Ferreira HS, Assunção ML, França AOS, Cardoso EPC, Moura FA. Efetividade da multimistura como suplemento de dietas deficientes em vitaminas e/ou minerais na recuperação ponderal de ratos submetidos à desnutrição pós-natal. Rev Nutr 2005;(18)1:63-74.
7. Boaventura GT, Chiappini CCJ, Fernandes NRA, Oliveira EM. Avaliação da qualidade protéica de uma dieta estabelecida em Quissamã, Rio de Janeiro, adicionada ou não de multimistura e de pó de folha de mandioca. Rev Nutr 2000;13(3):201-9.
8. Lessa AC, Devincenzi UM, Sigulem DM. Comparação da situação nutricional de crianças de baixa renda no segundo ano de vida, antes e após a implantação do programa de atenção primária a saúde. Cad Saúde Pública 2003;(19)2:505-14.
9. Castro TG, Novaes JF, Silva MR, Costa NMB, Franceschini SCC, Tinôco LA, et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. Rev Nutr 2005;(18)3:321-30.
10. Carvalhaes MABL, Godoy I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? Rev Nutr 2002;(15)2:155-62.
11. Carvalhaes MABL, Benício MHD'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública 2002;(36)2:188-97.
12. Mahan LK, Escott-Stump S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 10a ed. São Paulo: Roca, 2002.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Organização Pan - Americana de Saúde. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança. Brasília: MS; 2005.
14. Leão E, Corrêa EJ, Viana MB, Mota JAC. Pediatria Ambulatorial. 3ª ed. Belo Horizonte: Cooperativa de Cultura Médica; 1998.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2008;7(6)

Artigo original

Desfibrilador externo automático: análise do desempenho teórico e prático de uma turma de formandos em Enfermagem

Marcelo Rodrigues Morais de Oliveira*, Marlene Lima Ribeiro**, Wiliam Miranda Moraes***

**Especialização em Urgência e Emergência - Pré e Intra-hospitalar (UNILESTE/MG), Enfermeiro do Pronto Socorro do Hospital e Maternidade Vital Brazil - Timóteo/MG, **Especialização em Urgência e Emergência - Pré e Intra-hospitalar (UNILESTE/MG), Enfermeira no SAMU de Ipatinga/MG, ***Especialista em Docência em Ensino Superior (UNILESTE/MG), Professor na Graduação em Enfermagem no Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, Enfermeiro no SAMU de Ipatinga/MG*

Resumo

O presente estudo analisa o desempenho de um grupo de acadêmicos concluintes em Enfermagem, previamente aprovados na disciplina de atenção pré-hospitalar, durante uma simulação de atendimento a uma parada cardíaca causada por uma fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso com o auxílio do desfibrilador externo automático (DEA). Sabe-se que aproximadamente 80% das vítimas que sofrem uma parada cardíaca têm como principal causa a fibrilação ventricular, e que o tempo sem assistência adequada é inversamente proporcional à sobrevida. O estudo apresentou natureza qualitativa descritiva e quantitativa, e contou com a participação de 30 acadêmicos de uma turma de um Curso em Enfermagem do interior de Minas Gerais, sendo utilizado um questionário semi-estruturado e um *check-list* para avaliação prática do uso do DEA e das manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Tal *chek-list* foi atualizado segundo as diretrizes de 2005 da *American Heart Association*. Após o estudo, constatou-se a falta de habilidade quanto aos procedimentos realizados por boa parte dos entrevistados. Desta maneira, reforça-se a necessidade de constante atualização e capacitação relacionadas aos procedimentos de emergência, especificamente nos casos onde existe a necessidade em manusear o DEA ou realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

Palavras-chave: desfibrilador externo automático, parada cardíaca, ressuscitação cardiopulmonar, Enfermagem.

Abstract

Automated external defibrillator: analysis of theoretical and practical performance of a group of newly graduate nurses

The present study analyzed the performance of a group of recently graduate nurses, previously approved in the pre-hospital care discipline, during a simulation of treatment of cardiac arrest caused by a ventricular fibrillation or tachycardia without pulse, using an Automated External Defibrillator (AED). It is known that the ventricular fibrillation is the main cause of cardiac arrest in 80% of the victims and the period without efficient assistance is inversely related to survival. This qualitative and descriptive study with quantitative approach was applied in 30 students of a nursing school of Minas Gerais. A semi-structured questionnaire and a check list were used for evaluating practical use of the automated external defibrillator and the

Artigo recebido em 13 de junho de 2008; aceito em 12 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Marlene Lima Ribeiro, Rua Quartzo, 715, 35162-113 Ipatinga MG, Tel: (31) 8459-0475, E-mail: enelram28@yahoo.com.br

procedures of cardiorespiratory resuscitation. The check list was in accordance with the 2005 American Heart Association standards. After the study, the lack of ability of the participants in carrying out the procedures was evident. Therefore, this is reinforcing the need for frequent updates related to emergency procedures, specifically in cases of AED handling or cardiorespiratory resuscitation.

Key-words: automated external defibrillator, heart arrest, cardiopulmonary resuscitation, Nursing.

Resumen

Desfibrilador externo automático: análisis del desempeño teórico y práctico de un grupo de graduados en Enfermería

El presente estudio analiza el desempeño de un grupo de graduados en Enfermería, que previamente aprobaron la asignatura de atención prehospitalaria, durante una simulación de atención a un paro cardiaco causado por una fibrilación ventricular sin pulso con la ayuda de un desfibrilador externo automático (DEA). Se sabe que aproximadamente 80% de las víctimas que sufren un paro cardiaco tienen, como causa principal, la fibrilación ventricular que, a menos que reciba cuidados adecuados inmediatamente, causa la muerte. El diseño de este estudio es descriptivo, cualitativo y cuantitativo y contó con la participación de 30 estudiantes de un grupo de graduados en Enfermería en el interior de Minas Gerais/Brazil. Un cuestionario semi-estructurado y un *check list* fueron utilizados para la evaluación práctica del uso externo automático del desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. El *check list* fue actualizado de acuerdo con las diretrices de 2005 de *American Heart Association*. Concluido el estudio, se constató la falta de habilidad para realizar los procedimientos por gran parte de los participantes. Por lo tanto, se refuerza la necesidad de actualizaciones constantes y de re-calificaciones relacionadas con los procedimientos de emergencia, específicamente en casos en que es necesario el manejo de un DEA o realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Palabras-clave: desfibrilador externo automático, paro cardíaco, reanimación cardiopulmonar, Enfermería.

Introdução

A prática da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é datada desde a antiguidade. Existem relatos desta prática já no Egito Antigo. A primeira RCP bem sucedida se encontra na bíblia no primeiro livro dos Reis 17:17-22, quando Elias reanima o filho da viúva Sarepta [1].

Com o passar dos anos, os processos de RCP foram se modificando. Há relatos que em 1904 foi realizada RCP com massagem cardíaca interna. Já em 1906 consta a realização, pela primeira vez, da RCP por compressão torácica, mas de forma experimental [2].

De acordo com Ferez [1], em 1958, pela primeira vez uma Fibrilação Ventricular (FV) foi revertida através de uma desfibrilação sem a realização de toracotomia. A partir deste momento, o uso de tal procedimento se tornou de grande importância para a sobrevivência de diversos pacientes. De acordo com a *American Heart Association* [3], nos Estados Unidos, cerca de 330.000 pessoas são vítimas de doenças cardíacas por ano, sendo que aproximadamente 80% desses casos são originados por uma fibrilação ventricular.

É importante salientar que o número de óbitos no Brasil decorrente de doenças do aparelho circulatório também é muito alto. Segundo o DataSUS [4], em 2005, 284.927 brasileiros foram vítimas de alguma doença do sistema circulatório, o que representa aproximadamente 28,2% dos óbitos do país.

Para contribuir no aumento da sobrevivência pós-parada cardíaca súbita foram criados os Desfibriladores Externos Automáticos (DEA). Estes aparelhos computadorizados, confiáveis e de fácil operação, permitem ser utilizados por qualquer pessoa quando treinada AHA [5]. No Brasil, a atenção para o uso do DEA se deu recentemente quando diversos estados criaram leis de acesso público ao equipamento. De acordo com Minas Gerais [6] todos os locais onde a circulação média é de 1.500 pessoas/dia serão obrigados a possuírem o equipamento, bem como pessoas capacitadas para usá-lo de forma eficaz.

Diante do exposto, foi analisado o desempenho de uma turma de concluintes de um curso de graduação em Enfermagem frente a uma simulação de uma parada cardiorrespiratória com o uso do desfibrilador externo automático. Tal preocupação se

deu, uma vez que o profissional de saúde é referência para o primeiro atendimento às pessoas em situação de risco. Os concluintes de um curso de graduação em enfermagem, dois anos após a conclusão da disciplina de Atenção Pré Hospitalar – na qual os acadêmicos tiveram a oportunidade de aprender a manusear o DEA e a realizar as manobras de ressuscitação cardíaca –, tiveram a possibilidade, então, de identificar se os mesmos buscam o aperfeiçoamento e a atualização, tendo em vista que os protocolos em urgência/emergência estão em constante mudança, bem como se estão preparados para realizar a ressuscitação cardiopulmonar e cerebral.

Parada cardiorrespiratória

O coração é um órgão oco, localizado dentro do tórax sobre o diafragma, que tem como função bombear o sangue oxigenado e nutrientes para todo o organismo. Ao mesmo tempo, através da circulação sangüínea, retira das células o dióxido de carbono dentre outros produtos tóxicos resultantes do metabolismo celular [7].

Sabe-se que a circulação sangüínea se dá por meio da contração cardíaca, promovida por um sistema de condução elétrica que percorre de forma precisa todo o coração, estimulando-o e coordenando a contração do órgão [8]. Certas disfunções neste sistema de condução poderão provocar um evento conhecido como parada cardiorrespiratória (PCR), apresentada por Coelho *et al.* [9] como um débito cardíaco insuficiente para manter a vida, existindo a possibilidade da presença de batimentos cardíacos e de atividade elétrica no coração, mas sem volume sistólico satisfatório para uma perfusão tecidual adequada e é indispensável para a realização da ressuscitação cardiopulmonar e cerebral.

Segundo a *American Heart Association* [5], as principais causas de paradas cardíacas nos adultos estão associadas às doenças coronarianas, sendo que em aproximadamente 80% dos casos tal evento é decorrente de uma Fibrilação Ventricular.

Gallani e Colombo [10] acrescentam ainda que outra arritmia muito comum é a Fibrilação Ventricular que tem como característica a ausência de organização aparente da atividade elétrica. O colapso hemodinâmico é imediato, uma vez que o bombeamento sangüíneo cessa instantaneamente, pois não existe contração cardíaca, levando a perda do nível de consciência, podendo evoluir para a morte caso não seja realizado qualquer tipo de reversão. É importante salientar que a forma mais eficaz de reversão dessa arritmia é a desfibrilação cardíaca.

Ciente dos riscos de morte durante uma PCR, a *American Heart Association*, desde a década de 90, tem difundido o conceito da cadeia de sobrevida, descrevendo uma série de ações padronizadas a serem tomadas durante uma parada cardiorrespiratória AHA [5].

Esta cadeia é composta por quatro elos, sendo eles o acesso rápido do Serviço Móvel de Emergência (SME), RCP rápida, desfibrilação rápida e o atendimento cardiovascular avançado rápido. As falhas nestes elos, como a demora na realização ou a não realização destes, são as principais explicações para os baixos índices de sobrevivência nos atendimentos.

Sabe-se que o terceiro elo é o que possibilita maiores chances de sobrevida. Por esse motivo a colocação do DEA ao alcance do maior número possível de pessoas treinadas para usá-lo é importante. Após o quinto minuto sem a realização da desfibrilação, perde-se cerca de 10% de chances de sobrevivência a cada minuto seguinte [11].

Desfibrilador externo automático

As arritmias cardíacas podem ser convertidas através de choques elétricos efetuados por aparelhos especialmente fabricados para realizar tal procedimento, minimizando assim o seu impacto hemodinâmico [10]. Sabe-se que, para reverter uma Fibrilação Ventricular em um ritmo sinusal, deve-se empregar a desfibrilação elétrica, que consiste no uso de um choque terapêutico, com grande amplitude e curta duração, podendo ser aplicado no tórax ou diretamente no coração [12].

A desfibrilação, quando realizada entre o terceiro e quinto minuto percorrido do início do mal súbito, pode reverter até 73% dos casos. É indicada a realização de 2 minutos de RCP antes do uso do desfibrilador externo automático, uma vez que não se sabe há quanto tempo o miocárdio está sem perfusão sangüínea, podendo apresentar pouca probabilidade de êxito pós desfibrilação [13].

Devido a sua importância durante um atendimento a uma parada cardiorrespiratória, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Fundação do Coração (FUNCOR) elaboraram uma declaração de desfibrilação precoce, que divulga a importância desta desfibrilação rápida, por socorristas previamente capacitados. A mesma declaração ainda reforça que todos os profissionais da área da saúde deveriam

receber treinamentos de suporte avançado de vida em cardiologia, para atuarem de forma mais eficiente durante uma emergência. É preconizado ainda que em salas de emergência e nas ambulâncias o desfibrilador externo automático esteja presente [14].

Mourão e Folgado [11] ressaltam a importância das capacitações em ressuscitação cardíaca e no manuseio do DEA, pois, segundo o mesmo, quando as vítimas sofrem um mal súbito e são atendidas imediatamente após o colapso, as chances de vida dobram ou triplicam. Alguns cuidados devem ser observados pelos socorristas antes de utilizar o DEA, como verificar se a vítima está molhada ou próxima a poças de água e a presença de pêlos em excesso na região torácica; caso haja, deverá ser realizada a retirada dos pêlos, procedimento conhecido como tricotomia, deverá ainda ser verificado a presença de marca-passos implantados AHA [5].

É importante destacar que a manipulação deste equipamento é muito simples. O DEA é conectado com a vítima através de eletrodos adesivos que são capazes de transmitir os impulsos elétricos do coração para que o aparelho faça a interpretação dos mesmos indicando ou não a necessidade do choque terapêutico. As informações de todo o procedimento efetuado ficam gravadas na memória do equipamento e podem posteriormente ser transmitidas para um computador para que a equipe médica possa elaborar um tratamento específico para cada vítima [15].

Material e métodos

O estudo teve uma abordagem quantitativa e qualitativa descritiva, sendo realizado com os alunos de uma turma de possíveis formandos da Faculdade de Enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior de Minas Gerais, quatro semestres após cursarem a disciplina de Atenção Pré Hospitalar, onde tiveram a oportunidade de aprender a manusear o Desfibrilador Externo Automático e a realizar as manobras de RCP. Os dados foram colhidos entre os dias 09 e 30 de agosto de 2007.

Fizeram parte da população inicial 43 graduandos de ambos os sexos e idades variadas do turno vespertino pertencentes ao último período do curso, e aprovados na disciplina de Atenção Pré Hospitalar, entretanto apenas 30 graduandos se disponibilizaram em fazer parte da pesquisa. Tal disciplina tem carga horária de 54 horas/aula e tem no plano de ensino os conteúdos de ressuscitação cardiopulmonar e cerebral e o uso do DEA, através de aulas práticas e teóricas.

Para o desenvolvimento do estudo foram utilizados um questionário semi-estruturado e um teste desenvolvido pela *American Heart Association* em 2004 e atualizado segundo as diretrizes de 2005-2006 da própria instituição, que visa analisar o desempenho do socorrista em um atendimento a uma parada cardiorrespiratória, avaliando a qualidade dos procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar e cerebral e as habilidades durante o uso do desfibrilador externo automático.

A coleta de dados foi realizada nas próprias dependências da instituição. Cabe ressaltar que os voluntários foram avaliados individualmente e convidados para participarem da pesquisa no momento da coleta de dados, pois desta forma os mesmos não teriam tempo de estudar ou relembrar previamente o protocolo de atendimento. Os alunos foram informados que iriam realizar um atendimento a uma vítima que sofreu um mal súbito e que estava aparentemente inconsciente cerca de três minutos. Os socorristas também foram informados que teriam o DEA disponível no local, porém o mesmo seria entregue em um momento determinado pelo examinador.

Para simulação foi criado um cenário onde a vítima de um mal súbito estaria na praça de alimentação de um shopping. Para padronizar o tempo gasto entre o translado de um ambulatório de um shopping e a praça de alimentação, foi cronometrado o tempo real gasto para percorrer de forma rápida essa distância em um shopping da região, obtendo-se então um tempo de 45 segundos. Sabe-se que a comunicação entre os vigilantes no interior do estabelecimento é realizada através de rádio comunicador, desta forma em casos de emergência os mesmos entram em contato entre si para solicitar o DEA ou apoio médico. Desta forma, foi estabelecido um tempo de 1 minuto e 30 segundos, referente ao tempo percorrido desde a solicitação via rádio até a chegada do DEA no local do ocorrido.

Portanto nos casos onde o pedido do DEA não foi realizado pelo socorrista, foi estabelecido que o mesmo fosse trazido por outro vigilante após a solicitação via rádio, desta maneira foi acrescido nestes casos, 1 minuto e 30 segundos correspondente ao tempo gasto desde a solicitação via rádio comunicador até a entrega do mesmo ao participante.

Durante a aplicação do teste também foi observado a eficácia das manobras de reanimação

cardiorrespiratória, manobras estas que influenciam no prognóstico da vítima.

Além da duração total do atendimento, foi cronometrado, também, o tempo gasto desde a chegada do DEA até a aplicação do primeiro choque. A partir do momento em que o voluntário era informado sobre a chegada do aparelho, imediatamente outro cronômetro era disparado e somente pausado quando o primeiro choque era efetuado. Segundo a *American Heart Association* [5] o tempo percorrido entre a chegada do aparelho até o choque deve ser inferior a 90 segundos, desta forma a instituição considera o socorrista capaz de operar eficientemente o DEA. Após o término da coleta, os dados foram tabelados e discutidos. Para um melhor entendimento durante a discussão dos dados, os acadêmicos foram numerados de Acad. 1 a Acad.30.

O desenvolvimento da pesquisa na instituição foi liberado pela Coordenação do Curso de Enfermagem após a assinatura da carta de solicitação para realização de pesquisa . Para cada participante foi explicado o objetivo da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido. Cabe ressaltar que a todo o momento o estudo estava de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e toda a legislação vigente do país.

Resultados e discussão

Ao responder o questionário, 76,6% disseram não estar preparados para manusear o DEA em situações reais. Os principais motivos relatados estão dispostos na Tabela I.

Tabela I - Principais motivos pela falta de preparo para utilização do DEA.

Motivo	Nº de participantes	(%)
Não recebeu treinamento e/ou atualização	07	23,3
Insegurança para manusear o DEA	12	40,0
Sem contato com o DEA após o término da disciplina	07	23,3
Não se lembra como funciona o DEA	03	10,0

Conforme pode-se perceber nos dados apresentados na Tabela I, 40% dos participantes relataram estar inseguros para manusear o DEA em situações reais; 23,3% disseram ter falta de preparo para utilizar o equipamento por não terem recebido nenhum tipo de capacitação ou atualização após o término da disciplina. Outros 23,3% afirmaram que após a conclusão da disciplina não tiveram nenhum contato com o aparelho e cerca de 10 % disseram não se lembrar do seu funcionamento.

De acordo com a *American Heart Association* [5], existem quatro situações especiais onde deverão ser tomados cuidados específicos antes ou durante o uso do DEA. Deve-se observar a presença de excesso de pêlos na região torácica, uma vez que o excesso de pêlos poderá prejudicar o contato dos eletrodos com a superfície corporal da vítima, impedindo desta forma uma leitura efetiva dos impulsos elétricos. Outro fator a ser analisado é a presença de água próximo à vítima ou superfície corporal molhada. Esse cuidado é necessário uma vez que a água é boa condutora de eletricidade, desta maneira se o choque for efetuado, o mesmo poderia percorrer desde o DEA até aos socorristas e curiosos que estiverem no local. Já nos casos onde o corpo está molhado, ao liberar o choque a passagem da energia pode ocorrer entre os eletrodos sobre o tórax o que diminuiria a passagem da carga elétrica pelo coração AHA [5].

A presença de marca-passo e de medicamentos transcutâneos também deve ser levada em consideração. Nos casos onde o marca-passo está presente, o DEA pode ser usado, porém as pás devem estar posicionadas distantes do mesmo. Segundo Thygerson [15] as pás devem ser posicionadas em ântero-posterior na região torácica, impedindo, desta forma, uma possível absorção da energia pelo marca-passo. Nos casos onde os medicamentos transcutâneos estão presentes, deve-se retirá-los e limpar a região no tórax, uma vez que sua presença também poderá bloquear a passagem da energia das pás para o miocárdio.

Em relação aos cuidados a serem tomados antes do uso do Desfibrilador Externo Automático, 96,6% dos participantes disseram ter conhecimento dos mesmos. Os cuidados relacionados pelos participantes estão dispostos na Tabela II. Entretanto, um fato chamou a atenção durante a pesquisa foi um cuidado relatado por um dos acadêmicos. Ao ser questionado sobre os cuidados a serem tomados em relação ao DEA, Acad.3 disse: *"... se o paciente tiver*

marca-passo não se deve colocar a pá", evidenciando uma falta de preparo e de atualização, ou seja, em uma situação real existiria uma grande possibilidade de a vítima falecer, uma vez que a desfibrilação precoce não iria ocorrer.

Segundo Thygerson [15] a presença do marca-passo não impede o choque, porém não se deve aplicar as pás diretamente sobre o marca-passo, deve-se usar a posição ântero-posterior.

Na Tabela II estão relacionados os cuidados descritos pelos participantes que são realizados para uma utilização eficaz do DEA. Dos cuidados preconizados pela AHA [5] apenas três dos quatro cuidados especiais foram descritos pelos socorristas, são eles: realização de tricotomia quando necessário (50%), manter paciente seco (66,6%) e verificação da presença de marca-passo (10%). Os demais cuidados descritos não são preconizados pela instituição, entretanto não significa que deixam de ser importantes. 33,3% dos socorristas ressaltaram a necessidade do posicionamento das pás, cuidado este recomendado por Thygerson [15].

Tabela II - Cuidados a serem tomados antes do uso do DEA.

Cuidados	Nº de participantes	(%)
Realizar tricotomia	15	50,0
Manter paciente seco	20	66,6
Posicionamento correto das pás	10	33,3
Presença de marca-passo	03	10,0
Afastar os curiosos quando for analisar ou chocar	14	46,6
Passar gel nas pás	06	20,0
Retirar jóias	01	3,3

Outro cuidado estabelecido por instituições, como, por exemplo, a ILCOR é afastar os curiosos quando o DEA for analisar o ritmo ou chocar, relatado por 46,6%. Cerca de 20% dos voluntários disseram que era necessário passar gel nas pás do desfibrilador externo automático, porém nas pás do aparelho já existe uma quantidade específica de gel para facilitar a análise do ritmo cardíaco. Apenas uma pessoa disse ser importante retirar jóias da vítima. Mesmo não sendo indicado pela AHA, sabe-se que o metal também é um bom condutor de energia, entretanto não se sabe até quanto a sua presença pode ser negativa, uma vez que para que as jóias sejam retiradas algum tempo será perdido.

Somente um participante relatou que recebeu algum tipo de capacitação em ressuscitação cardiopulmonar e cerebral ou em desfibrilação externa automática após a conclusão da disciplina. Segundo o mesmo a capacitação teve carga horária de 6 horas, foi ministrada no ano de 2007 pela mesma instituição onde cursou a disciplina de Atenção Pré-Hospitalar. Todos os participantes afirmaram que nunca tiveram nenhum contato com o desfibrilador externo automático em situações reais. É importante reforçar que toda a amostra pesquisada cursou a disciplina de Atenção Pré Hospitalar há 2 anos, embora a AHA [5] recomendar a necessidade de atualizações num período entre 3 a 6 meses, a capacitação realizada pelo participante em questão foi após 2 anos, indo contra as recomendações da associação.

Durante o teste prático além das habilidades com o uso do DEA, foi avaliado também a fase inicial do atendimento (Tabela III).

Tabela III - Avaliação inicial do atendimento.

Etapa	Realizado	(%)	Não realizado	(%)
Avaliar nível de consciência	29	96,6	01	3,3
Acionar Serviço Móvel de Emergência	15	50,0	15	50,0
Solicitar o DEA	14	46,6	16	53,3
Abrir vias aéreas	19	63,3	11	36,6
Ver / Ouvir / Sentir	29	96,6	01	3,3
Aplicar 2 ventilações de resgate	27	90,0	03	10,0
Verificar pulso carotídeo	21	70,0	09	30,0
Iniciar RCP	28	93,3	02	6,6

A Tabela III representa a seqüência das ações durante a abordagem à uma vítima inconsciente em PCR num estabelecimento que possui o DEA. É importante reforçar que algumas ações podem interferir diretamente nas taxas de sobrevida. Um dos fatores importantes é a solicitação do desfibrilador externo automático juntamente com o acionamento do Serviço Móvel de Emergência (SME), logo que

constatado a ausência de consciência. Cerca de 50% não acionaram o SME e 53,3% não solicitaram o DEA, aumentando o tempo de acesso da vítima ao DEA e ao suporte avançado de vida, rompendo a cadeia de sobrevida preconizada pelos comitês internacionais de ressuscitação cardíaca, o que de acordo com Timerman *et al.* [15] reduziria as taxas de sobrevida.

Nos casos onde existe perda de consciência, ocorre uma perda do tônus muscular promovendo a queda da base da língua e conseqüentemente promovendo a obstrução de vias aéreas superiores AHA [5]. Em 36,6% dos atendimentos os socorristas não realizaram a manobra de abertura de vias aéreas para verificar a respiração ou para realizar as ventilações de resgate. Desta forma não se pode afirmar que as ventilações foram eficazes para oxigenação dos tecidos, uma vez que as vias aéreas estariam obstruídas.

Entretanto, nos casos onde a manobra de desobstrução e a análise da respiração foram realizadas, cerca de 10% não realizaram as 02 ventilações de resgate, não promovendo uma oxigenação dos pulmões. Já em aproximadamente 30% dos casos não foram avaliadas a presença de pulso carotídeo. O Acad. 4, ao ser informado sobre a ausência de pulso, iniciou somente as ventilações de resgate em vez das manobras de RCP, as mesmas somente foram iniciadas quando solicitadas pelo DEA.

O tempo total médio de todo o atendimento foi de 8 minutos e 7 segundos. Já o tempo médio percorrido desde a chegada do DEA até o disparo do primeiro choque foi de 77 segundos, tempo inferior ao preconizado pela AHA [5] que considera um socorrista capacitado no uso do DEA quando este choque for efetuado em menos de 90 segundos. Desta maneira foi constatado que 80% dos participantes estão dentro dos padrões, no que se refere o tempo de aplicação do primeiro choque, estabelecido pela AHA que recomenda um tempo mínimo de 90 segundos para efetuar o primeiro choque.

A *American Heart Association* [5] ressalta a importância das compressões torácicas para um melhor prognóstico. Entre as recomendações estão a realização de compressões fortes, rápidas e sem interrupções, manter um ritmo de 100 compressões/minuto e permitir que o tórax retorne totalmente após cada compressão. Deve-se realizar também os dois minutos de RCP nos casos onde a parada cardíaca não foi testemunhada podendo, desta maneira, manter uma oxigenação manual dos tecidos e também aumentar o tempo de fibrilação ventricular, favorecendo as condições para efetuar a desfibrilação cardíaca.

Durante os atendimentos foram observadas diversas falhas significativas que podem interferir nas taxas de sobrevivência. Primeiramente, a ILCOR estabeleceu no final de 2005, um novo protocolo internacional para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, modificando os ciclos de RCP que anteriormente eram 4 ciclos de 15 compressões: 2 ventilações, para 5 ciclos de 30 compressões: 02 ventilações.

Durante o atendimento, alguns participantes realizaram manobras totalmente fora dos padrões da ILCOR. 73% dos participantes demonstraram não conhecer os novos protocolos de atendimento, portanto apenas 27% realizaram as manobras de acordo com as normas estabelecidas pela AHA[3].

Tabela IV - Ciclos de RCP realizados fora dos padrões da ILCOR.

RCP (ciclo x compressão: ventilação)	Nº. de participantes	(%)
4 x 30:2	05	22,7
4 x 15:2	11	50,0
4 x 30:1	01	4,5
3 x 30:2	01	4,5
3 x 100:0	01	4,5
4 x 17:3	01	4,5
4 x 15: 1	01	4,5
2 x 30:2	01	4,5

Como se observa na Tabela IV, 73% (22 participantes) dos socorristas realizaram os ciclos de RCP fora dos protocolos da ILCOR. Destes, 50% realizou as manobras de acordo com as normas estabelecidas pela AHA [5] no período em que cursaram a disciplina de Atenção Pré-Hospitalar, o que reforça a falta de atualização. Porém o restante realizou as manobras de RCP com seqüências que nunca foram estabelecidas pelos Comitês Internacionais, o que torna um fator preocupante.

Segundo Timerman *et al.* [15] a maior parte das vítimas de mal súbito morrem fora do ambiente hospitalar, por não receber as intervenções preconizadas pela ILCOR. Como nota-se na Tabela IV, foram realizados procedimentos incorretos, tendo como destaque um atendimento onde o Acad. 4 realiza 3 ciclos de 100 compressões x 0 ventilação.

Outros fatores que podem influenciar no prognóstico foram observados. No momento em que o DEA solicitava para afastar-se da vítima para análise

do ritmo cardíaco, 33% não o fez, podendo de certa forma interferir na leitura dos impulsos elétricos do coração em uma situação real. Quando o choque era indicado pelo aparelho, uma mensagem de alerta para que as pessoas se afastassem da vítima era transmitida, entretanto em média 63,3% dos casos o socorrista não obedecia, o que colocaria diversas pessoas em risco de absorver o choque. Cabe ressaltar que em 60% dos atendimentos o DEA foi colocado próximo da vítima, porém do lado oposto ao socorrista. Nestes casos, quando o choque era indicado o socorrista atravessava o seu corpo sobre o da vítima para apertar o botão de "chocar", fato este que colocaria sua vida em risco.

Em 13,3% dos casos foi detectado um ritmo lento das compressões torácicas, as quais segundo a AHA [3] devem ser realizadas com uma freqüência de 100 compressões por minuto. Em 36,6% dos casos erroneamente a RCP era interrompida para ouvir o DEA.

Mesmo após ser informado sobre a ausência de pulso carotídeo, Acad.10 não realizou a RCP até a chegada do DEA, indo contra as recomendações da ILCOR. Em 16,6% dos casos o participante reavaliava a vítima entre os ciclos de ressuscitação cardíaca, procedimento este incorreto, uma vez que a reavaliação é recomendada pela AHA [3] apenas após o 5º ciclo de RCP. Dois participantes não sabiam a localização dos botões de ligar e/ou chocar, causando uma demora para efetuar o choque terapêutico.

Ressalta-se, ainda, que Acad.19 avaliou o pulso braquial e o Acad.15 verificou o pulso radial para análise da presença de circulação sangüínea. Deve-se ressaltar que nos casos de emergências a análise de pulso deve ser feita nas artérias centrais, femoral ou carótida, pois nestas situações o sangue presente nas extremidades é direcionado para os órgãos vitais, como cérebro, fígado, rins, coração. Por esse motivo a AHA [5] entre outras instituições recomendam a avaliação do pulso central.

Após a chegada do SME, 86,6% dos socorristas repassaram para a equipe médica as condições na qual a vítima se encontrava durante a abordagem e quais procedimentos foram realizados com a mesma. Desta forma a equipe poderá adiantar as intervenções específicas, uma vez que têm informações prévias relativas ao quadro do indivíduo.

Conclusão

Após a avaliação dos resultados constatou-se que existem falhas nos procedimentos realizados por estes acadêmicos que podem interferir na sobrevivência das vítimas que sofreram paradas cardíacas. Entre as falhas encontradas, têm como destaque as técnicas de ventilação de resgate e compressão torácica que não foram realizadas conforme as orientações estabelecidas pela AHA ou comitês internacionais de ressuscitação.

Como o acesso do equipamento está se tornando público, não sendo mais privativo ao uso dos profissionais da saúde, é de grande importância destacar a necessidade de capacitações dos indivíduos que farão seu uso. É determinado pela legislação que os locais onde tal equipamento estará disponível possuam pessoas capacitadas para seu manuseio. De acordo com a AHA as capacitações devem ocorrer a cada 3 ou 6 meses.

Sugere-se a realização de pesquisas como esta sobre o manuseio do DEA com socorristas leigos, ou seja, não oriundos da saúde, uma vez que o uso deste equipamento em locais públicos está se tornando obrigatório em diversos estados brasileiros. Tendo em vista que os acadêmicos de Enfermagem apresentaram consideráveis dificuldades em realizar os procedimentos, mesmo sendo concluintes de uma turma de Graduação em Enfermagem, a avaliação das habilidades dos leigos durante a manipulação do DEA seria de grande valor.

Desta maneira, será possível identificar as falhas do processo e conseqüentemente elaborar programas de capacitações para solucioná-los, proporcionando intervenções mais eficazes à população.

Referências

1. Ferez D. Reanimação cardiopulmonar [online]. 2006. [citado 2007 Fev 15]. Disponível em URL: <http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf>.
2. Miecznikowski R, Leite SS. Reanimação cardiopulmonar. Res Med 1999;3(1)
3. AHA. American Heart Association. Currents in emergency cardiovascular care. AHA 2005-2006;16(4).
4. Data SUS. Departamento de informática do SUS. Óbitos relacionados a problemas do sistema circulatório no país durante o ano de 2005. [citado 2007 Abr 3]. Disponível em URL: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sim/cnv/obtuf.def>
5. AHA. American Heart Association. SBV para provedores de saúde. Ed. Português. São Paulo: [s.n]; 2002.
6. Minas Gerais. Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Projeto de Lei nº 1.918 de 2004. Torna obrigatório a equipar com aparelho desfibrilador cardíaco os locais, veículos e estabelecimentos que menciona. Minas Gerais: Assembléia Legislativa; 2004.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner / Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.

8. Bickley LS. Bates propedêutica médica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
9. Coelho OR. Ressuscitação cardiopulmonar. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1997;7(1).
10. Allani MCBJ, Colombo RCR. Arritmias. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
11. Mourão E, Folgado A. Recomendações 2005 do European Resuscitation Council para o suporte básico de vida. Rio Grande do Sul: Revista Emergência; 2006.
12. Vieira SRR, Timerman A. Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorespiratória. Arq Bras Cardiol 1996;66:375-402.
13. Mansur AP, Fabri Júnior J. Cardioversão elétrica. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo. Barueri: Manole; 2007.
14. Cruz FES, Timerman S, God EMG. Declaração de desfibrilação precoce. Arq Bras Cardiol 1997;69(6):431.
15. Thygerson A. RCP e DEA. 4a ed. Bragança Paulista: Randal Fonseca; 2005.

Desfibrilador externo automático: análise do desempenho teórico
e prático de uma turma de formandos em enfermagem

Nome: _____

Período atual:_____ Data: ____ / ____ /2007

Semestre / Ano de conclusão do curso: _____

Questionário

Em que ano você cursou a disciplina de Atenção Pré Hospitalar ou Primeiros Socorros?

Ano: _____ ( ) 1° semestre ( ) 2° semestre

Você se sente preparado(a) para manusear o desfibrilador externo automático em situações reais?

( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê?

_____

_____

_____

Você sabe quais são os cuidados que devem ser tomados antes da aplicação das pás auto-adesivas do Desfibrilador Externo Automático (DEA)?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais são?

_____

_____

_____

Você recebeu algum tipo de capacitação em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) ou DEA após o semestre que cursou a disciplina de Atenção Pré Hospitalar ou Primeiros Socorros?

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

Qual a carga horária? _____

Qual instituição ministrou o curso? _____

Em que ano o curso foi realizado? _____

Você já utilizou o DEA em uma situação real após a conclusão da disciplina de Atenção Pré Hospitalar ou Primeiros Socorros?

( ) Sim ( ) Não

Se sim descreva a situação e o ano.

_____

_____

_____

_____ _____

Assinatura do participante Responsável pelo teste

Desfibrilador externo automático: análise do desempenho teórico e prático de uma turma de formandos em enfermagem

Nome: _____
Período atual:_____ Data: ____ / ____ /2007
Semestre / Ano de conclusão do curso: _____

Cenário: Você acaba de entrar na praça de alimentação de um shopping, quando depara com um senhor de aproximadamente 55 anos de idade aparentemente inconsciente. Segundo informações, o mesmo foi deitado ao solo por curiosos e está nesta condição à aproximadamente 3 minutos. Por favor, realize os primeiros atendimentos a essa vítima. O local está seguro.

Habilidades	Desempenho	
	Satisfatório	Insatisfatório
Avaliação inicial e atendimento		
1 Avaliar nível de consciência.....	( )	( )
2 Acionar SME	( )	( )
3 Pedir o DEA	( )	( )
Se não pedir o DEA, acrescentar 1 min 30 seg. ao tempo final		
4 Abrir vias aéreas	( )	( )
5 Ver / Ouvir / Sentir.....	( )	( )
6 Aplicar 2 ventilações de resgate	( )	( )
7 Verificar pulso carotídeo	( )	( )
8 Iniciar RCP (5x 30:2)	( )	( )
Habilidades com o DEA		
Se solicitou o DEA no momento certo, o mesmo chegará durante o 4° ciclo.		
Se o pedido do DEA não for realizado no momento correto, o mesmo será solicitado e trazido por um funcionário após 4 min. do início do atendimento. O funcionário confirmará o acionamento do SAMU.		
1 Colocar o DEA perto da vítima	( )	( )
2 Ligar ou pedir para ligar o DEA	( )	( )
3 Continua a RCP até acabar o 5° ciclo	( )	( )
4 Aplicar as pás auto-adesivas na posição correta	( )	( )
5 Afastar-se da vítima para a análise do DEA	( )	( )
6 1° choque indicado		
a) Afastar todos da vítima	( )	( )
b) Aplicar o choque	( )	( )
c) Iniciar imediatamente a RCP (5x 2:30)	( )	( )
d) Após 2 min de RCP, afastar da vítima para análise do DEA	( )	( )
2° choque indicado		
a) Afastar todos da vítima	( )	( )
b) Aplicar o choque	( )	( )
c) Iniciar imediatamente a RCP (5x 2:30)	( )	( )
7 Serviço Móvel de Emergência (SME) assume o caso (imediatamente após o início da RCP).		
- Passa as informações corretas a equipe do SME sobre o atendimento já realizado...		

Tempo desde a chegada do DEA
Duração do atendimento: _____min.
até o primeiro choque: _____ min.
Observação:

_____
_____
_____

_____ _____
Assinatura do participante Responsável pelo teste

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2008;7(6)

Artigo original

Competências gerenciais nas Escolas de Enfermagem: participação da comunidade acadêmica

Silvia Campos dos Reis*, Roberta Dantas Breia de Noronha**, Beatriz Gerbassi Costa Aguiar, D.Sc.***

**Enfermeira, Residente de Enfermagem Cardiovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, **Enfermeira, Residente de Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ, ***Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirurgica, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, Diretora da EEAP/UNIRIO, Orientadora*

Resumo

Objetivo: Observar as competências gerenciais da comunidade acadêmica nas escolas de enfermagem do município do Rio de Janeiro e identificar a participação dos docentes, discentes e técnicos administrativos na gerência das escolas. *Material e métodos*: Pesquisa qualitativa. A coleta de informações foi feita através de um questionário estruturado distribuído a 6 instituições de ensino. O questionário foi preenchido por 3 responsáveis pelo curso de graduação de instituições públicas e particulares. *Conclusão*: O trabalho da gerência das escolas de enfermagem do município do Rio de Janeiro tem estratégias bem delimitadas que propiciam e garantem a participação de toda a comunidade acadêmica na prática gerencial.

Palavras-chave: Enfermagem, Escolas de Enfermagem, educação, gerência.

Abstract

Managerial competences in Nursing Schools: participation of the academic community

Aim: To observe the managerial competences of the academic community in schools of nursing in the city of Rio de Janeiro and to identify the participation of teachers, students and technicians in the administrative management of schools. *Material and methods:* Qualitative research. Data was collected through a structured questionnaire distributed to 6 educational institutions. The questionnaire was filled in by three responsible persons for the course of graduation of public and private institutions. *Conclusion:* The management work at nursing schools of Rio de Janeiro city has well defined strategies which guarantee the participation of the academic community in the management practice.

Key-words: Nursing, Nursing Schools, education, management.

Artigo recebido em 21de julho de 2008; aceito em 17 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Roberta Dantas Breia de Noronha, Rua Ibituruna, 97/1003, 20271-021 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 8795-1870, E-mail: marcuseroberta@yahoo.com.br

Resumen

Competencias en la gerencia en las Escuelas de Enfermería: la participación de la comunidad académica

Objetivos: Observar la capacidad de gestión de la comunidad académica en las escuelas de enfermería en el municipio de Río de Janeiro, determinar la participación de profesores, estudiantes y técnicos en la gestión administrativa de las escuelas. *Material y métodos*: Investigación cualitativa. La colecta de informaciones fue hecha a través de un cuestionario estructurado, que fue rellenado por 03 responsables por el curso de graduación de instituciones pública y privada. *Conclusión:* El trabajo de gerencia de las Escuelas de Enfermería del municipio de Río de Janeiro tiene estrategias bien delimitadas que propician y garantizan la participación de toda la comunidad académica en la práctica gerencial.

Palabras-clave: Enfermería, Escuelas de Enfermería, educación, gerencia.

Introdução

Na prática acadêmica, geralmente a ação de competências gerenciais faz parte da diretoria da escola de enfermagem, mas em algumas instituições é competência do coordenador de curso, encarregado da administração escolar. Esse coordenador, conta com a ajuda e participação dos docentes, que estão divididos em departamentos, responsáveis pelas disciplinas do curso de graduação e pelos técnicos administrativos, que auxiliam na parte burocrática.

É necessária também a participação dos alunos, pois é através destes que se espelha a ação de uma boa administração, ou seja, a excelência de sua formação é o maior objetivo da direção, o aprendizado e a profissionalização serão o espelho da administração praticada na instituição.

Para garantir uma gerência de qualidade necessita-se ter habilidades gerenciais e competência para gerenciar adequadamente a sua instituição de ensino frente mudanças, inovações e situações diárias para o aumento de sua excelência.

Diversas teorias administrativas surgiram desde o final do século XIX. A ciência da administração sofreu mudanças ao longo do tempo, por conseqüência da complexidade e variedade das organizações [1]. Frederick W. Taylor *apud* Marquis acreditava que se existisse um único método na execução do trabalho ao invés de cada funcionário fazer à sua maneira, a produtividade cresceria, e conseqüentemente os lucros também aumentariam [1]. Henry Fayol *apud* Marquis foi o primeiro a identificar as funções da administração e as classificou como planejamento, organização, comando, coordenação e controle, surgindo assim a Teoria Clássica, visando à eficiência da organização [1].

Elton Mayo *apud* Marquis acreditava que a autonomia para decisões do grupo sobre o próprio trabalho afetava a produtividade organizacional positivamente. Dessa forma a Teoria das Relações Humanas foi fundida e começou a dar importância para o homem, criando a motivação, a liderança e a motivação [1].

No caso da administração escolar devemos levar em conta que os elementos a serem trabalhados são pessoas, sendo os objetivos relacionados a eles. Tal circunstância comunica aos problemas de organização e administração escolar como acontece nos de outras técnicas sociais, algumas características peculiares que não podem deixar de ser levadas em conta [1].

Processo de trabalho gerencial

A gerência é quem direciona as Organizações para atingir um determinado objetivo. Para que esse objetivo se realize é preciso a utilização de um recurso necessário, chamado Administração. A Administração inclui planejamento, organização, liderança e controle, sendo essas ferramentas utilizadas pelo gerente para suas tomadas de decisões [2].

A gerência é definida como a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Os resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante [3].

A gerência é científica, racional, utiliza-se da análise para realizar ações de forma eficiente. Também se deve observar que situações imprevisíveis ocorrem e que para amenizá-las ou resolvê-las é necessário se utilizar de ferramentas irracionais e ilógicas como a intuição, emoção e espontaneidade [3].

A ação gerencial está relacionada diretamente às formas de relação com sua equipe, pois, é através

do equilíbrio entre esses dois modelos que se pode obter o sucesso do processo de trabalho.

A estrutura organizacional define de que maneira o grupo é formado, suas linhas de comunicação e seus canais de autoridade e de tomada de decisão. O gerente tem que estar atento à estrutura organizacional e optar por estratégias que garanta a harmonia e elimine a discordância. A hierarquia está ligada diretamente a estrutura organizacional, que é dividida em níveis e tem ligação vertical, de poder e autoridade [4].

O poder concretiza-se nas relações e nas práticas cotidianas, extrapolando os limites da estrutura formal e de todo o aparato legal. Contudo, usa o aparato formal quando exercido nas práticas de coerção, que garantem a coesão e o consensual necessários e suficientes aos grupos, para a continuidade das propostas dos processos de trabalho [5].

A gerência na formação dos enfermeiros

A enfermagem, desde o início, também se utiliza das práticas administrativas até os dias atuais. Não podemos desvincular a administração do processo histórico-social que contextualiza a enfermagem. É preciso lembrar que, desde o início de nossa história, a administração integra o saber e fazer [6].

Sendo o diretor um gerente, que está à frente da organização e administração escolar, cabe a ele utilizar as competências gerenciais para garantir a excelência de suas ações e obter resultados de qualidade.

Competência tem significados distintos, tanto ligados às tarefas e aos seus resultados, como as pessoas. A troca de competências ocorre quando existe uma interação das pessoas com o ambiente organizacional. Competência tem sido definida como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo [7].

A formação dos enfermeiros vem sendo constantemente discutida, e tem apontado para a necessidade de mudanças. Nessa perspectiva, o ensino baseado em competências gerenciais vem sendo apontado como uma das estratégias para estas mudanças, tendo sido indicado nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem, atualmente em vigor [7].

Nelas, as competências gerenciais propostas são: planejamento; criatividade; liderança; comunicação; trabalho em equipe; tomada de decisão; organização; visão estratégica; hierarquia e poder; conflitos e resistência; avaliação de desempenho; motivação; flexibilidade; participação; inovação; criatividade; dentre outros saberes gerenciais [5].

Um dos papéis da gestão escolar é avaliar a própria escola no seu todo, uma vez que os responsáveis pelos órgãos de gestão não podem ser indiferentes a nada do que ocorre no âmbito da escola. E são muitas as dimensões e os aspectos que devemos ter em consideração quando falamos de escola, sobretudo quando a reconhecemos não apenas como uma instituição social, mas, sobretudo, como uma organização educativa complexa [8].

As escolas necessitam ser avaliadas no que diz respeito à estrutura, à administração e à gestão, aos recursos, às finalidades educativas, aos currículos, quanto à participação do corpo docente e suas práticas, aos conflitos, às políticas educacionais, às expectativas e necessidades, aos valores e representações, às relações interpessoais, às relações com o governo e a sociedade, às conquistas e projetos futuros [8].

Com base no resultado deste estudo, será possível observar como competências gerenciais são utilizadas nas escolas de enfermagem e se elas são realizadas de uma forma participativa através da parceria com os corpos discente e docente, e dos técnicos administrativos, contribuindo para uma reflexão acerca da função de gerência. Além disso, como é esta influência na organização do curso de enfermagem das instituições de formação superior.

Atualmente assuntos referentes à gerência e administração são bastante abordados em estudos e pesquisas dentro da enfermagem, mas pouco se discute em relação à gerência na docência do ensino superior de enfermagem. Desta forma, este estudo tem como objetivos: Observar as competências gerenciais da comunidade acadêmica nas escolas de enfermagem do município do Rio de Janeiro e identificar a participação dos docentes, discentes e técnicos administrativos na direção da escola na perspectiva do responsável pelo curso de graduação, sendo o diretor ou coordenador.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que cor-

responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [9].

Considerando o contexto da importância da administração nas escolas de enfermagem, o objeto de estudo relaciona-se a realização da função de gerência na direção das Escolas de Enfermagem no Rio de Janeiro, tem como questões norteadoras: Como se realiza a competência de gerência das diretoras das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro? De que maneira é a participação dos docentes, discentes e técnicos administrativos no processo de direção das Escolas na perspectiva do responsável pelo curso de graduação, sendo o diretor ou coordenador?

Para coleta de dados temos que nos aproximar dos sujeitos – responsáveis pelo curso de graduação das escolas de enfermagem – para saber como estas propõem a gerência e lidam com situações diárias e quais as formas de participação dos corpos discente e docente e dos técnicos administrativos na percepção dos sujeitos. O cenário é composto pelas Escolas de Enfermagem, públicas e particulares, do município do Rio de Janeiro.

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento com questões referentes às competências gerencias do processo de trabalho gerencial nas Escolas Universitárias.

Os instrumentos foram aplicados mediante o consentimento das diretoras através da aceitação no termo de compromisso, que garante o sigilo de suas informações e o anonimato de suas respostas. A Resolução CNS 196/96 que retrata as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos foi respeitada conforme as normas estabelecidas.

Os questionários foram distribuídos a seis instituições de ensino superior em enfermagem, sendo 03 instituições públicas e 03 privadas. Apenas 03 instrumentos foram respondidos e devolvidos, sendo estes 03 instrumentos de instituições públicas no município do Rio de Janeiro.

Os dados foram codificados e agrupados para análise, seguindo o referencial teórico proposto por Bardin [10]. A técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, assinala três etapas básicas: a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado; a exploração do material e a elaboração das categorias/síntese. Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam noutros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior.

Resultados e discussão

Em um primeiro momento são apresentadas informações sobre a comunidade e a organização das escolas em estudo. Posteriormente, observa-se a discussão relacionada às proposições de gerência destas escolas.

Os sujeitos participantes do estudo apresentam 14, 18 e 21 anos de formação profissional. Quanto ao tempo de exercício na direção, todos os sujeitos estão há mais de um ano neste cargo, sendo que, apenas um deles está um pouco mais a frente, com três anos de exercício.

Todos os sujeitos participantes do estudo possuem pós-graduação, mestrado e doutorado em enfermagem.

A escolha dos diretores para este cargo seguiu o processo determinante da instituição de ensino, sendo assim dois foram através de consulta a comunidade acadêmica (eleição/voto) e uma através de apreciação do currículo lattes apresentado.

Em relação à quantidade de discentes x docentes e técnicos administrativos existe uma relação de 16:01. O número de discentes chega a ser de dezesseis vezes o número do corpo docente e técnicos administrativos nas escolas universitárias.

O corpo docente das escolas de enfermagem, em estudo, apresenta-se qualificado, em vista que todo o corpo docente tem especialização Strictu Sensu e mestrado e grande parte doutorado. Destaca-se o corpo docente de uma determinada escola que apresenta uma maior porcentagem de professores que são doutores em enfermagem (58,5%).

Quanto à estrutura organizacional, todas as escolas apresentam estrutura formal, ou seja, uma estrutura planejada, formalizada oficialmente, determinando as ações de cada grupo ou pessoa relativo a seu lugar na estrutura organizacional, definindo, assim, a função de direção e de fato entre seus componentes.

A estrutura informal também aparece na estrutura organizacional de duas escolas. A estrutura informal está ligada a relacionamentos sociais entre os componentes da organização formal. A estrutura informal pode surgir em momentos de decorrentes mudanças, onde a estrutura formal demora mais tempo, por reagir lentamente às mudanças [4].

Os dados do instrumento de pesquisa em relação à função de gerência foram agrupados e apresentam um ponto comum entre os sujeitos do estudo:

1. Hierarquia e poder

Em relação à hierarquia ligada à estrutura organizacional, os mecanismos de observação mais utilizados na operacionalização do trabalho gerencial da direção das escolas foram:

- A visão da resistência é tratada como um problema regular de gestão, e não com repressões ou controles adicionais.

A resistência é previsível e ocorre naturalmente, já que as organizações são formadas por pessoas que tem valores, crenças, formação e metas diferentes. Está atrelada aos conflitos, à quebra de ordem, experiência negativa de um erro ou uma falha, também é percebido em interesses incompatíveis e em algo destrutivo das relações [5].

- Transfere constantemente parcelas de poder entre unidades e entre dirigentes.

Muitas mudanças ocorreram em relação ao poder, que antigamente era centralizado, onde os sujeitos que estavam em níveis baixos na estrutura hierárquica participavam apenas na execução de tarefas. Com o passar do tempo, de novas teorias e valores esse paradigma foi sendo transformado [5].

2. Flexibilidade

A flexibilidade organizacional representa a conseqüência de uma ação gerencial estratégica de antever e de se adaptar as constantes mutações do processo acadêmico e social da escola, essa é ressaltada nas escolas de enfermagem das seguintes maneiras:

- Baseando a estrutura em equipes de trabalho com polivalência funcional.

A equipe se adapta com mais facilidade as condições mutantes das organizações. Para garantir o êxito deste sistema é necessário incentivar as equipes para a excelência dos resultados e devem ter bastante autonomia [1].

- Estabelecendo formas de comunicação intensiva para garantir a interdependência e a visão global de organização.

Uma estrutura baseada em equipes facilita a comunicação e a autonomia de ação e decisão que tornam as interações pessoais mais agradáveis e produtivas. A interdependência, apenas, é alcançada através de uma ampla rede de comunicação, onde é fundamental a utilização de tecnologias de informação [1].

- Colocando a decisão o mais próximo possível do local de ação.

Para Motta, descentralizar significa "colocar a decisão o mais próximo possível da clientela e do local da ação, onde existam todas as informações necessárias à decisão" [3].

3. Liderança

Atualmente a visão de liderança é baseada na premissa de que grande parte do poder do líder encontra-se no grupo. O líder influencia as pessoas a ter compromisso com objetivos comuns. Os sujeitos desse estudo articulam sua liderança como função de gerência de forma que:

- O uso efetivo de poder baseia-se menos na autoridade do cargo.

Os dirigentes utilizam muitas vezes a distância social, que a posição hierárquica do cargo pode sugerir, como uma forma de reforçar sua autoridade e liderança. Esta visão é equivocada, pois o líder faz parte de um grupo e precisa estar cada vez mais próximo de seus liderados, o que não diminui em nada sua autoridade [3].

4. Inovação / Criatividade

Inovação e criatividade são processos organizacionais que acontecem concomitantemente em todas as fases de idéias novas. A direção da escola procura despertar nos docentes, discentes e técnicos administrativos o espírito crítico e oferecer a oportunidade de descobrir e conhecer novas alternativas, novas possibilidades de modo a:

- Comprometer as pessoas com a gerência eficiente e eficaz.

A inovação é um compromisso gerencial que deve ser percebido por todos os componentes de

uma organização. Cabe aos dirigentes demonstrar esse compromisso, mas é importante também que se criem incentivos e recompensas para estimular a inovação [3].

Melhorar a capacidade de uso de informação para todos.

A utilização da informação é a melhor estratégia para alimentar a mente incentivando assim a criação de novas idéias através da criatividade.

5. Participação

A participação compreende todas as formas e meios pelos quais os indivíduos em coletividade podem influenciar os destinos da Escola. Os sujeitos deste estudo definem a participação como:

Contribuir para as decisões de integração da Escola.

As preocupações com as formas participativas de gerência têm se acentuado nos últimos anos não só em função da busca de formas mais democráticas de administrar, mas também em função da tentativa de aumentar a eficácia na gerência do poder e do conflito num mundo organizacional cada vez mais complexo [3].

Conclusão

Com o passar do tempo, podemos verificar a mudança de paradigma proposta pelas teorias contemporâneas da administração, que lista a organização do trabalho em equipe, redução das linhas hierárquicas como conseqüência da flexibilidade e a participação dos liderados no processo decisório, intensa comunicação horizontal e incentivo à criatividade e inovação para melhor resultados em períodos de mudança. Observa-se que todos os sujeitos do estudo utilizam desses métodos em suas organizações.

A função gerencial desempenhada pelo enfermeiro que é responsável pelo curso de graduação de enfermagem deve estar contemplada na organização, bem como nas proposições gerenciais e na comunidade, que inclui os discentes, docentes e técnicos administrativos, que devem refletir acerca de sua participação no processo gerencial.

Através dessa reflexão é perceptível que o trabalho da gerência das escolas de enfermagem do município do Rio de Janeiro, em estudo, tem estratégias bem delimitadas que propiciam e garantem a participação de toda a comunidade acadêmica na prática gerencial.

Referências

1. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
2. Hampton DR. Administração contemporânea: teoria, prática e casos. 2ª ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1983.
3. Motta PR. Gestão contemporânea: A Ciência e a arte de ser dirigente. 12ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.
4. Kurcgant P, ed. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
5. Kurcgant P, ed. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Figueiredo NMA, ed. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios. 6ª ed. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2003.
7. Cunha ICKO, Neto FRGX. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto e Contexto Enfermagem 2006;15(3):479-82.
8. Esteban MT. Escola, currículo e avaliação. São Paulo: Cortez; 2003.
9. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2008;7(6)

Artigo original

Morte: compreensão de enfermeiras oncológicas

Anna Maria de Oliveira Salimena, D.Sc.*, Gisele da Cruz Ferreira**,
Edna Aparecida Barbosa de Castro, D.Sc.***, Vânia Maria Freitas Bara, M.Sc.****

**Orientadora da Pesquisa, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa "O cotidiano do cuidar em Enfermagem" da FACENF/UFJF, **Enfermeira, Faculdade de Enfermagem da UFJF/MG, ***Professora Adjunta do Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa O cotidiano do cuidar em Enfermagem da FACENF/UFJF, ****Professora Adjunta do Departamento Enfermagem Aplicada da FACENF/UFJF, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa O cotidiano do cuidar em Enfermagem da FACENF/UFJF*

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender a percepção da enfermeira oncológica frente à morte do paciente. Utilizou-se a abordagem qualitativa visando à busca da essência nos depoimentos de nove enfermeiras, nos meses de março e abril de 2008, através de entrevista aberta. O cenário foi um hospital especializado em Oncologia de Juiz de Fora/MG. A análise compreensiva desvelou as seguintes unidades de significação: as percepções sobre a morte e a assistência de enfermagem frente à terminalidade. Considera-se que a morte é um desafio para todos os profissionais de saúde, principalmente para aqueles que atuam na área oncológica, pois a vivenciam em seu cotidiano. Além disso, espera-se que o profissional de enfermagem esteja preparado para assistir o paciente e sua família, ajudando-os no enfrentamento desse momento.

Palavras-chave: enfermagem, morte, paciente terminal, oncologia.

Abstract

Death: oncology nurses' perception

This study aims at understanding the oncology nurse's perception when facing patients' death. It was used a qualitative approach to search the essence in the testimonials of nine nurses, collected through open interview, between March and April 2008. The research scenery was a specialized Oncology Hospital of Juiz de Fora /MG. The comprehensive analysis showed the following units of meaning: perception of death, nursing assistance facing terminal illness. The death is considered as challenge for all the health professionals, mainly for those working in the oncology area, because death is present in their daily routine. Moreover, is expected that the nursing professional should be prepared to attend the patient and his family, helping them to confront death.

Key-words: nursing, death, terminal illness, oncology.

Artigo recebido em 19 de novembro de 2008; aceito em 26 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Anna Maria de Oliveira Salimena, Rua Marechal Cordeiro de Faria, 172, Bairro Carlos Chagas, 36081-330 Juiz de Fora MG, E-mail: annasalimena@terra.com.br

Resumen

Muerte: comprensión de enfermeras oncológicas

Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de la enfermera oncológica frente a la muerte del paciente. Es una investigación cualitativa, que busca la esencia en las declaraciones de nueve enfermeras, durante los meses de Marzo y Abril de 2008, a través de encuesta abierta. El escenario fue un hospital especializado en oncología de Juiz de Fora/MG. El análisis de comprensión desveló las siguientes unidades de significación: la percepción de muerte y asistencia de enfermería ante el final de la vida de un paciente. Consideramos la muerte como un desafío para todos los profesionales de la salud, principalmente para aquellos que trabajan en el área oncológica, ya que la vivencian en su cotidiano y que, como profesionales de enfermería, deben estar listos para prestar apoyo no sólo al paciente sino también a su familia, ayudándoles a enfrentar ese momento

Palabras-clave: enfermería, muerte, enfermo terminal, oncología.

Introdução

Em face da complexidade do ser humano em suas múltiplas facetas, nos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, as propostas de cuidado profissional na área de saúde, especialmente no campo da enfermagem, devem considerar todas essas dimensões as quais conjugam características de naturezas distintas. O profissional deve estar atento às situações que envolvem não só o estado físico do paciente, identificando objetivamente as respostas humanas a agravos à saúde ou a tratamentos, mas também àquelas de ordem subjetiva, emocional ou espiritual. Ao assumir uma atitude de interação, valorizando os aspectos de crenças, cultura, experiências e vivências no direcionamento da assistência, o enfermeiro reflete de forma mais substancial e constante acerca de questionamentos existenciais humanos.

O cuidado, eixo central do processo de trabalho da enfermagem, ao ser ofertado a outros que dele necessitam, deve abranger essas dimensões, acreditando que essas são determinantes tanto para a efetivação e qualificação dos resultados de suas ações, quanto para a qualidade de vida e manutenção da saúde. Ter como meta o modo de cuidar integral tendo como foco o ser humano em suas amplas necessidades e não apenas as alterações físicas frente às doenças que o acometem.

O enfoque da assistência de enfermagem é a valorização da vida, perseguindo-se, ao máximo, obter o maior distanciamento possível da morte. Do ponto de vista biológico, a morte é entendida como o deixar de existir. É considerada como o momento em que o corpo humano é acometido por uma circunstância que o leve a falência de seus órgãos vitais, gerando a cessação progressiva da atividade presente no organismo [1]. O que pode ocorrer de forma súbita, através de doenças agudas ou acidentes, ou de forma lenta, como nas doenças crônicas não transmissíveis, com conseqüente degeneração de tecidos.

Para as ciências do cuidado, a morte faz parte de uma etapa do ciclo da vida e não deve ser compreendida apenas como um evento biológico, mas como um evento mais abrangente envolvendo as outras dimensões que constituem o homem. Deve ser discutida e refletida no contexto da prática profissional não como um acontecimento isolado e descolado do processo de viver do homem. A morte é uma preocupação universal para o homem, independente da crença, religião, cultura, condição sócio-econômica das diferentes sociedades e do período temporal em que ocorre [2].

A enfermagem, ao cuidar do ser humano promovendo a melhor assistência possível diante de todas as fases da vida, se preocupa com a situação do morrer como uma fase da vida, dedicando a esta a mesma atenção que a outras fases. O cuidado prestado ao paciente em situação de terminalidade consiste em atender suas necessidades físicas básicas (alimentação, hidratação, eliminação, higiene, posição e conforto), além de ofertar apoio emocional e espiritual para promover seu maior conforto e tranqüilidade.

Trabalhar ou conviver com a morte pode ser considerada uma situação de desafio extremo, ameaçadora e geradora de ansiedade em muitas pessoas [3]. As ações da enfermagem estão diretamente relacionadas ao envolver a promoção de conforto, manutenção de segurança, abordagem das necessidades físicas e emocionais e o ensino de estratégias de adaptação para os pacientes em estágio terminal e seus familiares. Sabe-se que o processo do cuidar compreende muito mais do que a utilização de técnicas, procedimentos. Estar em contato direto com essas situações nos revela a necessidade de compre-

ender a subjetividade que envolve e dinamiza o ser, fazendo com que ele seja, fundamentalmente, um complexo de pensamentos e ações. "A Enfermagem tem em seus ideais o compromisso com a vida. Não obstante ao que isso tudo venha a significar, tem a responsabilidade de assistir o paciente em todo o seu ciclo vital, contemplando-o holisticamente" [4].

A condição de atuar diretamente frente à possibilidade de morte eminente pode representar inicialmente, um choque para o profissional, porque é o momento em que ele se depara com a fragilidade humana e a complexidade dos problemas que envolvem a pessoa nesta fase. Para a abordagem a este paciente é necessário compreender suas múltiplas reações assumindo uma postura humanizada, profundamente solidária, voltada não somente aos cuidados clínicos paliativos, mas, principalmente, de conforto e ajuda.

Este estudo pretende trazer reflexões sobre a compreensão da morte na prática cotidiana de enfermeiras oncológicas que rotineiramente convivem com seres humanos em situações de risco de morte ou terminalidade.

Material e métodos

Para compreensão das questões que se apresentam na interface vida e morte, no âmbito do cuidar do paciente oncológico e de seus familiares, optou-se pela abordagem qualitativa, numa aproximação com a abordagem fenomenológica, pois esta contempla uma maior aproximação das questões vividas pelas enfermeiras, abarcando o pensar, o sentir e o agir [5]. A pesquisa qualitativa permite uma investigação cujo objetivo principal é "o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão das situações", se fundamenta em "uma atividade de aproximação sucessiva de realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados" [6].

Neste estudo como as questões são subjetivas, referindo-se a compreensão das enfermeiras a respeito da morte em paciente terminal e os seus posicionamentos diante de situações vivenciadas, apoiou-se teórica e metodologicamente na abordagem da análise compreensiva [7].

Utilizou-se como cenário um hospital especializado em Oncologia de Juiz de Fora/MG. Responderam às indagações propostas, nove enfermeiras que atuam nas unidades desta instituição há mais de seis meses. As informações foram coletadas através de entrevista aberta, tendo-se o cuidado de se estabelecer uma relação empática [8] e o diálogo norteado através das seguintes questões: o que significa para você a morte? Como você compreende o papel da enfermagem neste processo de assistir o paciente com câncer em fase de terminalidade? O trabalho de campo se deu nos meses de março e abril de 2008. Também, durante essa etapa, observou-se a fala não verbal das depoentes, expressa através de gestos ou de outras manifestações, registrando-se em diário de campo.

Cabe ressaltar, que a proposta de investigação foi autorizada pelo Diretor do hospital e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, atendendo a Resolução n.196/96 do Ministério da Saúde [9]. Sendo aprovado no mês de março de 2008 conforme o Parecer nº 372/2007.

Resultados e discussão

Após a transcrição cuidadosa de cada depoimento, procedeu-se à leitura flutuante, que possibilita desvelarem-se as estruturas relevantes e as idéias centrais, para apreender os momentos-chave do fenômeno, que, nesta pesquisa, referiu-se à compreensão da profissional enfermeira sobre a morte, durante o processo do cuidar de pacientes terminais. Em seguida, foram realizadas outras leituras atentivas com o objetivo de identificar o conteúdo manifesto, sendo, então, identificadas as estruturas de significação e formadas as seguintes unidades de significação: A compreensão sobre a morte e a assistência de enfermagem frente à terminalidade.

A compreensão sobre a morte

A compreensão sobre a morte foi expressa pela maioria das entrevistadas como um alívio do sofrimento e um descanso. Encontramos respaldo na expressão "... poderemos alcançar a paz, principalmente a interior..." [10], estimulando reflexões acerca dos inúmeros procedimentos realizados pela equipe de saúde sem se dar conta de que há a possibilidade de realmente importar naquele momento, a tranqüilidade para que todo o sofrimento oriundo desse processo tão temeroso obtenha um fim. É também destacado, o apelo por uma morte mais digna como evidenciado pela expressão "... (o paciente) pode clamar por repouso, paz e dignidade..." [10].

Assim, pode-se inferir que o paciente deseja nesse momento estar em sua singularidade, refletindo sobre sua existência e aguardando a finitude para que se finalize também, todo o sofrimento enfrentado por ele, conforme apontam os depoimentos:

> [...] depende da ocasião né, no caso dos maus pacientes oncológicos, é descanso, na maioria das vezes é descanso mesmo... É o fim do sofrimento do paciente oncológico [...] E_1

> [...] é um descanso, dependendo do tipo de vida que a pessoa tá levando, é um descanso, um descanso eterno, um alívio do sofrimento, é uma fuga, muitas vezes é uma fuga... Por um lado pode ser um descanso diante de uma situação, de um sofrimento de uma doença, ou então uma fuga pra não enfrentar os problemas do dia a dia [...] E_2

> [...] às vezes a morte é mais um alívio, né... Eu vejo, às vezes mais um alívio, sabe [...] E_2

> [...] alívio do sofrimento... É um alívio de uma batalha... É um alívio do sofrimento [...] E_8

A partir da exposição desses depoimentos podemos dizer que para essas enfermeiras, ao desenvolverem a assistência ao paciente oncológico em seu cotidiano profissional, na maioria das vezes, a morte se torna um descanso, uma forma de se findar o sofrimento que, em muitas ocasiões, é muito doloroso. A batalha contra a doença se torna incessante e como, em alguns casos, já não há formas de se reverter à situação, a morte é encarada como o fim da luta, simplesmente o fim de todo desgaste vivenciado ardorosamente.

Estudos qualitativos têm observado que a religião está ativamente presente na vida dessas pessoas que se apóiam em algo superior para auxiliá-las a suportar variados obstáculos diante da ardorosa luta contra a doença. Também neste estudo emergiu nos depoimentos das enfermeiras a questão da religião, pois estas buscam apoio para atuarem no cotidiano enfrentando a morte de seus pacientes. *"Ao lado da busca de uma explicação causal... percebe-se um componente religioso relacionado ao alívio da dor..."* [11]. Também, outros corroboram dizendo que *"... a fé religiosa influencia na capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte e o morrer..."* [12].

Essa religiosidade encontra-se presente nos depoimentos a seguir:

> [...] a morte... com relação a religião... é... não sou nem muito católico nem muito espírita, é... mas acho que é mesmo uma passagem... é... uma passagem pra mesmo pra uma nova etapa de vida.... eu acredito um pouco em reencarnação.... ah.... uma então pra mim mesmo é uma ... uma passagem, mesmo uma passagem [...] E_7

> [...] na minha opinião a morte, ela tem a ver com a crença de cada um, com a espiritualidade, com a religião. No meu caso, eu acredito que a morte é quando a pessoa, o indivíduo deixa de estar aqui com a gente pra estar em outro lugar [...] E_9

Como a religião esteve e ainda está presente de forma efetiva na vida das pessoas, ela não deixaria de estar evidenciada também nesse contexto. A crença em algo superior nos faz perceber a vida de outra forma, como se conseguisse uma explicação pormenorizada de todo o sofrimento que passamos, fornecendo as forças necessárias para encarar tal momento de forma mais harmônica e otimista. Pode-se dizer que a religião está presente no depoimento e nas citações referidas como algo existente de forma substancial na vida dessas pessoas.

Nesta pesquisa não se observou o processo de cuidar por estas enfermeiras, todavia a literatura sobre o tema tem afirmado que a concepção da enfermeira sobre a influência da religião na vivência do morrer é um dos determinantes do seu processo de cuidar nesse âmbito específico. Por isso, a religião está evidenciada de forma a integrar o contexto profissional-paciente, fazendo com que haja um suporte para que possam encarar a situação de maneira mais positiva.

Em alguns casos, a morte é vista como algo natural da vida e que todos, algum dia, vivenciarão, como na expressão *"A morte de uma forma geral é a única certeza da vida, uma vez que se constitui no ponto crucial de sua existência"* [4]. Também evidenciada pelo seguinte depoimento:

> [...] a morte é natural da vida... eu acho... que natural da vida... o que vai acontecer com todo mundo um dia, né [...] E_5

A morte pode ser vista como um entrelaçamento de sentimentos, porém o de tristeza se destaca por representar melhor o momento vivido pelos protagonistas do processo. O profissional que está intimamente ligado nesse ambiente se envolve com as mais diversas situações, e esse envolvimento cria vínculos, que quando rompidos, geram os sentimentos mais diversos, como, por exemplo, a tristeza, entre outros [13]. Este depoimento evidencia tal situação:

> [...] Tristeza... é isso... é tristeza, é a ... perda [...] E_6

Não se pode esquecer que os profissionais de saúde, antes de qualquer coisa, são seres humanos e, conseqüentemente, apresentam sentimentos. Dessa forma, diante de situações tão complexas e difíceis, esses sentimentos vêm à tona, evidenciando que esse profissional também pode se emocionar ou demonstrar seus sentimentos de forma mais explícita. Porém, não se permite que esses sentimentos, naturais e presentes nos seres humanos, venham a atrapalhar o cuidado ou que o ambiente fique prejudicado com as demonstrações de sentimentos do profissional. Portanto, demonstrar sentimentos é natural, porém, a intensidade é de fundamental importância para o bom andamento da rotina hospitalar.

A assistência de enfermagem frente à terminalidade

Com relação à assistência de enfermagem a um paciente em fase de terminalidade as entrevistadas levantaram dois pontos que se tornam relevantes para esta pesquisa: assistir o paciente e a família.

O ponto mais evidenciado pelas entrevistadas é a promoção de conforto ao paciente, ter ações que favoreçam a qualidade de vida nesses últimos momentos. Essa medida é muito buscada atualmente, como se pode perceber: considera-se que o enfermeiro tem o dever de zelar pelo paciente, inclusive pelo seu corpo pós-morte [4] e que o alívio da dor e do sofrimento merece prioridade de atenção ao paciente desenganado. Além disso, cuidados gerais de enfermagem e esforços para levar conforto ao doente, incluindo alívio da dor, hidratação e nutrição ditada pela sede e fome do paciente [14]. Então, o que é feito para o paciente neste nível deve visar o conforto e atender os desejos do paciente.

Sendo assim, os depoimentos evidenciam essa promoção de conforto ao paciente como forma de melhor assistir esse indivíduo próximo de sua finitude.

> [...] dar conforto pro paciente, o paciente tem que ter dignidade durante a vida e durante a ... proximidade da morte... o paciente é a dignidade, a gente medica, dá um conforto pra ele" E_1

> [...] vai ser um cuidado redobrado, sabe, até o último, último, até o último suspiro, é um toque, é um gesto, é um carinho, é um... por mais que o paciente está em fase terminal tá dando o último, último do último suporte pra ele, de enfermagem [...]E_2

> [...] é um paciente que... precisa de uma assistência, de uma conversa, de uma atenção, né, então a gente consegue fazer uma assistência bem humanizada, de passar, de conversar, de conseguir..." E_4

> [...] e agente tem que tá sempre do lado, confortando, conversando, né, tirando as dúvidas, é um momento que a gente sempre tem que estar do lado, nesse momento, não assim, deixar, né ele sozinho, com as dúvidas deles, na hora da morte, ele fica muito sem chão, não sabe o que fazer, acho que nosso papel é sempre estar do lado dele, é até o fim... a morte [...]E_5

> [...] o próprio paciente pede pra gente ficar perto, geralmente pede, pedir pra segurar na mão e assim,... eu acho que é uma sensação de conforto que a gente pode dar pra paciente naquele momento [...]E_6

> [...] agente tentar dar ao máximo de conforto pra esse paciente [...] E_7

> [...] dá o máximo de conforto, né... [...]E_8

> [...] o papel da enfermagem é... continua sendo assistir o paciente com o mesmo cuidado, o mesmo respeito, o mesmo carinho que teria anteriormente, eu acho que nesse momento, mais que qualquer outro, tá próximo ao paciente...fazer de tudo que

> tiver ao nosso alcance para que o paciente tenha, esse período de uma forma bastante digna [...]E_9

Analisando as falas, tanto da literatura [2-4,14] quanto dos depoimentos observa-se que assistir ao paciente terminal, não consiste em realizar medidas invasivas ou que afetem o bem estar do paciente, mas a melhor assistência está em conduzir da melhor forma possível o paciente ao bem estar e em promover essa melhoria na qualidade de vida, conseqüentemente, prestando atendimento a questões básicas e que atendam as reais necessidades do mesmo para que a morte possa acontecer de forma digna. Como já foi expresso, uma assistência de qualidade implica interação com o paciente, pois é a partir dela que ele identifica as reais necessidades. Então, o profissional deve dedicar-se a promoção da assistência holística e respeitosa ao paciente terminal, como cidadão capaz e autônomo, nos últimos dias de sua vida [15].

O depoimento abaixo corrobora com tais assertivas:

> [...] tudo o que a gente aprendeu de humanização aqui, a gente consegue aplicar muito, né, porque é um paciente que é mais carente, né... tem vezes que fala da parte humanizada, mas não consegue aplicar, aqui, a gente consegue aplicar um pouco mais, dessa parte, humanizar mais tranqüila [...] E_4

Assim, a assistência humanizada prestada ao paciente pelo enfermeiro, tendo como foco as respostas de enfrentamento ou do sofrimento do outro nesse momento da vida, é de fundamental importância para que se possa promover dignidade ao paciente em seu fim. É um exercício que o enfermeiro deve fazer e praticar ao elaborar seu plano de cuidados de modo a fazer interagir teoria e prática.

A família nesse processo também necessita de amparo e é a enfermagem que, na maioria das vezes, auxilia essas pessoas a enfrentar essa situação [16]. Pois, a situação de crise é apreendida pelas enfermeiras, visto que em seus depoimentos emergiu a família do paciente em óbito, percebendo-a como um grupo que vivencia um estado emocional de sofrimento e, por tal, necessitando de atenção [13]. Também, expressaram que a família, geralmente, necessita de mais ajuda do que o próprio paciente [14].

Alguns depoimentos evidenciam tais reflexões:

> [...] a gente presta uma assistência maior a família, porque no momento quem ta precisando são eles [...] E_1

> [...] além do apoio do paciente nesses últimos momentos, é a família [...] E_2

> [...] então agora é hora de apoio da família,... tem que tocar a pessoa, né, a família, é um abraço, as vezes chora no seu ombro, sabe, o que você puder fazer e isso dói na gente também [...]E_3

> [...] dá um apoio pra família [...] E_4

> [...] É muitas das vezes, não é só o paciente que sente, a gente que trabalha com a família, porque a família é que tá perto ali do paciente, as vezes o envolvimento é até maior, um conforto pra família que ta presente, de passar segurança, naquele momento [...]E_6

> [...] o apoio que é dado à família nesse momento [...]E_7

> [...] o papel principal é com a família que a gente tem que trabalhar... a gente pega muita família que não tem preparo pra isso, não tá esperando isso.. e é essa família é que é complicada... então eu procuro... mostrar sabe... que é o alívio... que aquilo ali... que todos nós temos um fim, e que talvez aquilo ali é o melhor pra ele, a morte, só isso [...] E_8

Diante de tais reflexões acerca da importância de se prestar uma assistência de qualidade também à família do paciente terminal, pode-se dizer que a família é quem mais precisa de apoio para enfrentar essa situação tão difícil de perder um ente querido, uma vez que já se fez de tudo, a fim de promover conforto e suporte ao paciente [16].

Enfim, estar ao lado da família, mostrando-se disposto em sanar dúvidas ou mesmo servindo apenas de suporte para a mesma constitui também, uma assistência de enfermagem, pois essa assistência, não consiste em apenas procedimentos técnicos, mas no apoio emocional que tanto é necessário nessa hora.

Conclusão

A morte é um desafio para todos os profissionais de saúde, principalmente para aqueles que atuam na área oncológica, que a vivenciam em seu cotidiano constantemente, uma vez que todos são treinados para propiciar a vida. A equipe de enfermagem tem papel crucial nos cuidados prestados aos pacientes em finitude, fazendo com que o mesmo tenha a melhor assistência possível diante de uma situação de morte. Destacamos que a assistência direcionada ao paciente e a sua família são prioridades para que haja um conforto daqueles que tem a finitude como algo iminente, fazendo com que seja proporcionada a dignidade a essas pessoas, com possibilidades de maior segurança e superação em um momento tão difícil. Portanto, deve-se dar mais atenção e dedicação, fazendo à verdadeira e essencial enfermagem, promovendo conforto e alívio, não só de dores físicas, mas as emocionais e psicológicas que tanto afetam os pacientes.

O tema da morte ou do processo de morrer por vezes é omitido no âmbito da formação profissional, restringindo-se ao ensino do preparo do corpo, ou mesmos das questões éticas e legais. Considera-se, ao final que é relevante que esta temática esteja inserida de modo transversal no currículo de formação do enfermeiro nos diversos níveis desde a graduação até o desenvolvimento de pesquisas que subsidiem com melhores evidências a prática profissional.

Finalmente, as reflexões apresentadas neste estudo representam o início de uma trajetória de outros estudos, que permitam compreender o cuidado integral que inclui a morte como uma das etapas da vida, que deve ser considerada pelo enfermeiro em seu processo de cuidar. As reflexões devem resgatar na prática da enfermagem oncológica o sentido do fazer para descobrir o sentido do ser, proporcionando que se compreenda o significado do morrer e a morte como parte da existência para estar realmente com o paciente terminal.

Referências

1. Moreira AC, Lisboa MTL. A morte entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. Rev Enfermagem UERJ 2006;14(13):1-8.
2. Castro MT. Diante da morte: uma análise compreensiva do cotidiano das (os) enfermeiras (os) e suas equipes em uma unidade de emergência [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2000.
3. Smeltzer SC, Bare GB. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Spezani R, Cruz I. Produção Científica em enfermagem sobre ansiedade e morte: implicações para o enfermeiro de terapia intensiva; 2000. [citado 2007 Julho 15]. Disponível em URL: http:// www.uff.br/nepae/ansiedadeemorte.doc.
5. Palú LA, Labrinici LM, Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva [monografia]. Curitiba: Escola de Enfermagem/ UFP; 2004.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4a ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. Salimena AMO, Melo MCSC, Lambert LO. Mulheres expressando seus sentimentos frente à cirurgia ginecológica: implicações para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil 2006;5(1):253-9.
8. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: MS; 1996.
10. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
11. Fernandes MEN. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. Rev Rene 2006;7(1):43-51.
12. Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. Rev Esc Enfermagem USP 2006;40(4):477-83.
13. Nascimento CAD. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Rev Rene 2006;7(1):52-60.
14. Manissadijan A, Okay Y. Aspectos éticos do tratamento de pacientes gravemente enfermos e medicamente desenganados. Rev Pediatr 1986; 8(1):62-5.
15. Souza MTM, Lemonica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida; 2003; [citado 2007 Ago 1]. Disponível em http://www.portalmedico.org.br.
16. Silva CA, Santos ACPO, Carvalho LS. Compreensão do processo de luto à luz da literatura científica. Enfermagem Brasil 2008;7(2):110-15.

Artigo original

A concepção dos pais a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro

Bruno Moraes Leobons*, Darli José Zani Junior*, Kelly da Silva Cid*, Fernanda Garcia Bezerra Góes, M.Sc.**

**Acadêmicos do 8º período de enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), ** Professora do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI)*

Resumo

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como objetivo identificar, através da concepção dos pais, os pontos positivos e negativos da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro. O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa de campo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São Gonçalo (RJ), tendo como instrumento para coleta de dados, um questionário com perguntas abertas. Foram entrevistados 10 pais, com filhos na faixa etária de 0 a 5 anos. Através das falas dos sujeitos investigados, podemos perceber que os enfermeiros cumprem seu papel de orientador dentro do serviço de puericultura, com acolhimento e atenção dispensada aos pais. Este estudo destaca também, o fato de muitos usuários da Atenção Básica de Saúde não terem o pleno conhecimento dos propósitos de uma consulta de puericultura.

Palavras-chave: cuidado da criança**,** crescimento e desenvolvimento, criança, Enfermagem.

Abstract

Parents' point of view regarding child care consultation performed by nurses

Descriptive study, with a qualitative approach, aiming at identifying, through parents' conception, positive and negative points of child consultation carried out by nurses. The study was conducted through a field research in a Basic Health Unit (BHU) in the municipality of São Gonçalo (RJ), using as a tool for data collection, a questionnaire with open questions. Were interviewed 10 parents with children aged 0 to 5 years. Through the speech of investigated individuals, we can understand that nurses fulfill its role as supervisor within the department of child welfare, with hosting and attention given to parents. This study also highlights the fact that many users of Primary Health Care did not have knowledge of the purposes of a child care consultation.

Key-words: child care**,** growth and development, child, Nursing.

Artigo recebido em 19 de novembro de 2008; aceito em 27 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Bruno Moraes Leobons, Rua Marques de Queluz, 30, Vale das Pedrinhas, 25940-000 Guapimirim RJ, Tel: (21) 9813-4244, E-mail: brunoleobons@pop.com.br

Resumen

El concepto de los padres en relación a la consulta de puericultura realizada por enfermeros

Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, con el fin de identificar, a través del concepto de los padres, los puntos positivos y negativos de la consulta de puericultura llevada a cabo por el personal de enfermería. El estudio se realizó a través de una investigación de campo en una Unidad Básica de Salud (BHU) en el municipio de São Gonçalo (RJ), utilizando como herramienta para la recogida de datos, un cuestionario con preguntas abiertas. Entrevistamos a 10 padres con niños de edades comprendidas entre 0 y 5 años. A través de las entrevistas pudimos comprender que los enfermeros cumplen su función de supervisor en el servicio de puericultura, dándoles apoyo y atención necesaria a los padres. Este estudio también pone en relieve el hecho de que muchos usuarios de la Atención Primaria de Salud no tenían conocimiento de los propósitos de una consulta de puericultura.

Palabras-clave: cuidado del niño, crecimiento y desarrollo, niño, Enfermería.

Introdução

Define-se puericultura como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança [1], e o seu principal objetivo é a prevenção e a promoção da saúde, a fim de garantir o pleno desenvolvimento infantil.

Portanto, torna-se necessário conhecer e compreender o ambiente familiar e considerar as relações socioeconômicas, políticas e culturais em que esta criança está inserida [2]. Para um enfermeiro ser um puericultor, não lhe basta apenas saber puericultura. É imperioso o domínio de habilidades, conhecimentos e valores, acrescentando humanismo aos conhecimentos científicos obtidos durante sua graduação [3].

Para que uma criança cresça, se modifique e se firme como adulto, é primordial que todo este processo de crescimento e desenvolvimento transcorra com saúde. Uma criança afetada por problemas crônicos não terá o seu processo de crescimento e desenvolvimento satisfatório e harmonioso. Além da saúde, é necessário que haja amor, segurança, novas experiências e estímulos, que devem ser cumpridos gradativamente desde o início de sua infância [4].

Desse modo, as condições de saúde e de vida de uma criança serão refletidas em seu crescimento e desenvolvimento, justificando a necessidade de acompanhar essa fase. Este acompanhamento não visa apenas à promoção e à manutenção da saúde, devendo também intervir sobre aqueles fatores capazes de comprometê-las.

De acordo com o Programa de Assistência Integrada à Saúde da Criança do Ministério da Saúde (PAISC-MS), este acompanhamento deve ser periódico e contínuo, cumprindo o calendário mínimo de consultas estabelecidas para o atendimento de crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos, assim distribuídas: 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 3 anos, 4 anos e 5 anos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deve, ainda, ser realizado em todo comparecimento da criança aos serviços de saúde – puericultura, imunização ou consulta de morbidade [5].

Neste sentido, o profissional que pratica a puericultura, por meio de revisões periódicas, deve desempenhar o seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade [6]. O puericultor deve oferecer apoio constante à família, que é o núcleo dos fatores psicossociais, e auxiliar na minimização dos efeitos sociais e emocionais das doenças sobre a criança e os seus familiares. Na verdade, este profissional não atende crianças, e sim, famílias [3,7].

Na puericultura, um segmento importante de assistência à criança com qualidade é a equipe de enfermagem, que é formada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Além de executar cuidados diretos à criança, esses profissionais formam um elo entre a criança, a família e os demais profissionais da equipe de saúde.

As atividades de enfermagem em um programa de puericultura são inúmeras, pois compreendem desde o atendimento direto à criança até a educação em saúde e o aconselhamento aos pais, passando por discussões clínicas com a equipe, visando alcançar sempre a melhor maneira de atender as necessidades

de cada criança/família. O enfermeiro desempenha papel importante no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, já que, através da Equipe de Saúde da Família, está inserido em sua sociedade, vivenciando seus problemas e conhecendo sua cultura. Tomando por base as considerações acima nos surgiu a seguinte indagação: Qual a concepção dos pais a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro?

Baseado no referido questionamento, este trabalho tem como objeto de estudo a concepção dos pais a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro.

Faz-se necessária a realização de um estudo que demonstre a qualidade da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro para possibilitar não só a sua avaliação, mas também a proposta de melhorias, a fim de despertar a atenção dos profissionais de enfermagem e dos pais para este assunto.

Nessa perspectiva, traçamos como objetivo: identificar, através da concepção dos pais, os pontos positivos e negativos da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro.

Este trabalho insere-se na linha de pesquisa Saúde da Família, do Centro Universitário Plínio Leite, e pretende contribuir como fonte para futuras pesquisas, ajudando novos profissionais no emprego de técnicas e idéias no serviço de puericultura realizado pelo enfermeiro, auxiliando como material didático de caráter qualitativo, destacando a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e melhorando a assistência prestada às crianças e suas famílias.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, no qual o pesquisador não interfere na pesquisa, apenas descreve o seu objeto [8]. Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, pois se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus autores. Este trabalho foi realizado sob a forma de um estudo de campo, que não deve ser confundido com uma simples coleta de dados, pois exige contar com controles adequados e com objetivos preestabelecidos [9,10].

O cenário da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de São Gonçalo, do estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram 10 pais com filho(s) de idade menor ou igual a 5 anos, e que realizavam a consulta de puericultura com o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (ESF), na qual são adscritos. Foi utilizado para coleta de dados um roteiro de entrevista com perguntas abertas (Apêndice A), que foram gravadas em MP3, permitindo ao informante dar respostas livremente e com teor de detalhes, fornecendo ao pesquisador mais profundidade sobre a realidade do assunto [8].

Atendendo as questões éticas e legais vinculadas à pesquisa, contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [11], foi solicitada a autorização em um Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados somente se iniciou após a referida autorização no. 57/08. Além disso, os sujeitos foram informados quanto ao seu anonimato, o sigilo das informações, a ausência de riscos, o uso de pseudônimos, mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu no mês de Setembro de 2008.

Para interpretar os dados coletados utilizamos a análise temática, procurando ouvir os entrevistados sem intervir no conteúdo de sua mensagem [12]. Segundo Minayo [13], a análise temática consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição, pode significar alguma coisa.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados coletados, foi possível criar duas categorias para entendermos melhor a concepção dos pais a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro: "A orientação e o acolhimento presentes na consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro"; e "A dificuldade na compreensão do sentindo puericultura".

Para descrevermos os entrevistados e suas falas, usamos nomes de praias da cidade de Niterói, tais como: Itacoatiara, Icaraí, Sossego, Camboinhas, São Francisco e Piratininga.

A orientação e o acolhimento presentes na consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro

Denominamos assim, esta categoria devido à freqüência de aparições na fala dos entrevistados, ressaltando alguns pontos importantes e positivos dessa consulta, no que diz respeito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Os pais consideram importantes as orientações transmitidas pelos enfermeiros durante o atendimento ambulatorial, tendo sido destacado as orientações sobre mensuração da altura, verificação do peso, aconselhamento sobre cuidados para com a criança e sua alimentação.

A puericultura tem suas ações voltadas à priorização da saúde em vez da doença, tendo a orientação antecipatória como ferramenta importante na prevenção de morbidades e na educação das crianças e seus familiares [2]. Neste sentido, percebemos que o enfermeiro realiza de forma correta um dos passos mais importantes da consulta, no que tange a orientação e aconselhamento nas condutas que devem ser discutidas junto aos pais. As falas abaixo corroboram tal afirmativa:

> "(...) eu sou orientada a fazer os procedimentos corretos para o tamanho do bebê, (...) de alimentação, dos remédios e tudo mais." (Itacoatiara)

> "De muitas formas, no acompanhamento de peso, no desenvolvimento da criança." (Icarai)

> "(...) vemos que a criança está se desenvolvendo (...) positivo é que ele (enfermeiro) aconselha a amamentar." (Sossego)

Educação em saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, sendo profundamente importante que o enfermeiro realize o papel de educador. Educar em saúde é uma das atribuições pertinentes ao enfermeiro, que deve ser capaz de desenvolver suas ações educativas voltadas às reais necessidades dos indivíduos e/ou grupos sociais [14].

Ressaltamos também que o enfermeiro adota um papel de acolhedor, proporcionando um ambiente agradável gerando satisfação e confiança, onde se permite criar um vínculo entre o profissional e os pais, contribuindo para o retorno dos mesmos à próxima consulta. Ao atenderem crianças e suas famílias, os enfermeiros devem demonstrar atenção e empatia pelos mesmos, fortalecendo o desenvolvimento da formação de um cuidado terapêutico. Para os pais, esta atenção dispensada gera um sinal de confiança na assistência que está sendo prestada [15]. Tais pontos podem ser confirmados observando-se as falas a seguir:

> "(...) tratava bem o meu filho, brincava, pegava no colo, etc." (Camboinhas)

> "(...) desde quando eu comecei, me atendo com o mesmo profissional e gosto do trabalho que ele faz." (Itacoatiara)

Acolher significa humanizar o atendimento. Escutar o usuário, dando-lhe sempre uma resposta positiva, serve de fomento para a resolubilidade de seu problema. O enfermeiro deve demonstrar afeição e sensibilidade com as crianças e seus pais. Envolver a família no cuidado de enfermagem contribui para tornar o ambiente da Unidade Básica de Saúde mais confortável, facilitando o diálogo entre a equipe de saúde e os usuários [15,16].

A dificuldade na compreensão do sentido puericultura

Esta categoria nos chamou a atenção por percebermos na fala dos entrevistados certa dúvida do sentido real do termo Puericultura. A maioria dos pais entrevistados confunde a consulta de puericultura, que vem a ser o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de uma criança sadia, com uma consulta por motivo de morbidade direcionada ao pediatra. Porém, o enfermeiro que trabalha com pediatria atua de forma curativa – clínica pediátrica e de forma preventiva – puericultura [17]. Ao atender crianças em condições não patológicas, este cuidado exige do profissional uma experiência que se estende além dos limites da medicina. Para isso, o enfermeiro deve determinar se o cliente tem plena compreensão dos procedimentos que estão sendo realizados, avaliando seu progresso no aprendizado [18]. As falas abaixo ratificam o que acabamos de considerar:

> "Deviam ter mais cursos para os enfermeiros terem autorização para poder medicar a criança como se fosse um pediatra mesmo (...) às vezes o médico tem muito paciente ai ela (enfermeira) adianta (...)" (São Francisco)

> "Confiança, confiança assim não porque ele não é médico, mas quando tem alguma coisa mais grave ela encaminha para o médico." (Piratininga)

> "Não tenho muita confiança, pois ele não é médico." (Sossego)

É importante ressaltar, que muitas vezes, os pais só cumprem o agendamento da consulta quando a criança apresenta sinais e sintomas que caracterizam alguma morbidade. Essa conduta faz como que o enfermeiro só tenha como opção o encaminhamento ao pediatra da unidade, diminuindo na concepção desses pais a credibilidade desta consulta.

O enfermeiro educador pode usar o modelo dialógico como poderoso instrumento de trabalho, onde o diálogo é o vetor para a prevenção e promoção da saúde. Esse modelo proporciona uma democratização do saber científico, desenvolvendo na sociedade a autonomia do cuidado com a própria saúde, pois parte dela tende a valorizar o modelo assistencial tradicional, fundamentado no referencial biologicista do processo saúde – doença. Esse modelo está enraizado em nossa cultura focalizando a doença e a intervenção curativa, com estratégias que incluem informações verticalizadas, ditando comportamentos a serem adotados, deixando de lado os saberes e práticas populares [14].

Conclusão

através deste estudo podemos concluir, a partir das falas dos sujeitos investigados, que o enfermeiro exerce de forma correta seu papel de educador na consulta de puericultura. Observamos também que essa prática realizada de maneira adequada, consiste em uma poderosa ferramenta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Entretanto, observamos alguns pontos positivos e negativos desta consulta. Podemos citar como pontos positivos, a orientação sobre cuidados que devem ser realizados pela família para com seus filhos, além do aconselhamento sobre assuntos relevantes na vida de uma criança, como alimentação e o acompanhamento do gráfico peso/altura/idade, sem deixar de lado o acolhimento que deve ser peculiar em um profissional de saúde, contribuindo para formação de um elo entre família/sociedade e o enfermeiro /UBS.

Como ponto negativo, podemos citar o fato de alguns de nossos entrevistados não terem o pleno conhecimento da premissa de uma consulta de puericultura. Por exemplo, quando o enfermeiro agenda a próxima consulta com os pais, é cumprido um espaço de tempo previamente determinado pelo Programa de Assistência Integrada à Saúde da Criança do Ministério da Saúde (PAISC-MS). Os pais devem ser alertados que, mesmo que a criança apresente-se "bem", sem anormalidades aparentes, ela deve ser levada à consulta de puericultura. Para elucidar esta questão é necessário que o profissional deixe bem claro aos pais, no ato de sua primeira consulta, quais são os objetivos da puericultura, para que essa família não crie falsas expectativas em relação a esta assistência.

É primordial que o enfermeiro tenha plena consciência de sua importância nessa fase da vida de uma criança e se disponha sempre a atualizar-se sobre os temas relevantes ao assunto, levando à clientela uma assistência de qualidade, de forma individualizada e humanizada.

Referências

1. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Novo dicionário da língua portuguesa. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira SA; 1986. Puericultura; p. 1415.
2. Ricco RG, Almeida CAN, Del Ciampo LA. Puericultura: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé; 2005.
3. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria básica. 9a ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
4. Schmitz EM. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.
5. Sigaud CHS, Veríssimo MLR. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU; 1996.
6. Dominguez BNR. O Programa de Saúde da Família: como fazer. 1a ed. São Paulo: CGE Computação Gráfica; 1998.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Puericultura ambulatorial [documento científico]. Porto Alegre: SBP; 2004.
8. Santos IE. Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica. 3a ed. Rio de Janeiro: Impetus; 2002.
9. Barros AJS, Lehfeld NAS. Fundamentos da metodologia científica: um guia para a iniciação científica. 2a ed. São Paulo: Makron Brooks; 2000.
10. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4a ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996 – dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
12. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22a ed. São Paulo: Cortez; 2002.
13. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 12a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
14. Góes FGB. Práticas educativas em saúde com a família da criança hospitalizada: componente essencial do cuidado de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro; 2007.

15. Wong DL. Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 1999.
16. Malta DC, Merhy EE. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. In: Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado. Brasília: MS; 2002. p. 69-101.
17. Alcântara P. Introdução ao estudo de pediatria. In: Marcondes E. Pediatria básica. 7a. ed. São Paulo: Sarvier; 1988. p.3-10.
18. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 2004.

Apêndice A

Roteiro de Entrevista

O que o senhor (a) acha da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro?

De que forma a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro está contribuindo para o crescimento/desenvolvimento de seu(s) filho(s)?

Como o senhor (a) obtém a confiança na consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro?

Para o senhor (a) quais são os pontos positivos e negativos desta consulta?

Caso haja pontos negativos, o que poderia ser mudado para melhorar esta consulta?

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2008;7(6)

Relato de caso

Leishmaniose cutâneo-mucosa: cuidados de Enfermagem à criança com deformação da imagem corporal

Mariana Gomes Cardim, M.Sc.*, Christiane da Silva e Souza**, Adriana Rodrigues Silva***

**Enfermeira especialista em pediatria, responsável pela Enfermaria de Doenças Infecciosas em Pediatria (DIPe) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), **Enfermeira residente em pediatria do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), ***Técnica de enfermagem da Enfermaria de DIPe do IFF, Enfermeira, Universidade Celso Lisboa*

Resumo

Estudo de caso com os objetivos de apresentar um caso clínico de leishmaniose muco-tegumentar, os diagnósticos de enfermagem e a assistência de enfermagem implementada; e refletir a questão da deformação da imagem corporal das crianças em idade escolar em situação de internação hospitalar. Através da realização do plano de cuidados a criança em questão foi possível verificar que o estigma associado às marcas da doença pode gerar reações de impacto e rejeição nas pessoas que a cercam, levando-a a baixa auto-estima e isolamento. Observou-se que a deformação da imagem corporal gera uma desordem na vida da criança por alterar redes vitais que se intercruzam: aspectos biológicos, afetivos e sociais. Concluímos que o processo de sistematização da assistência contribui para a prestação de cuidados individualizados, contínuos, documentados e avaliados. A atuação de enfermagem eficaz nos quadros em que há alteração da imagem corporal interfere para a recuperação da autonomia do paciente.

Palavras-chave: leishmaniose cutânea, imagem corporal, cuidados de enfermagem.

Abstract

American tegumentar leishmaniasis: child nursing cares with body image deformation

The aim of this case study was to present a *mucocutaneous* leishmaniasis clinical case, the nursing diagnosis and the implemented nursing care; and to think about the question of school age children with body image deformation when they need to be hospitalized. After carrying out child's care plan, it was possible to observe that the stigma associated to the diseases' scars can cause impact reactions and rejection of people that surround her, and can lead to low self-esteem and isolation. We could notice that body image deformation interferes in child's life for altering vital points in biological, affective and social aspects. We concluded that systemization care process provides individualized, continued, documented and evaluated cares. The effective nursing care in this situation interferes in patient's autonomy recovery.

Key-words: tegumentary leishmaniasis, corporal image, nursing cares.

Artigo recebido em 21 de junho de 2007; aceito em 11 de junho de 2008.
Endereço para correspondência: Mariana Gomes Cardim, Rua Alfredo Ceschiatti, 105/409, Bloco 01, 22775-045 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2421-5908, E-mail: maricardim@globo.com

Resumen

Leishmaniasis mucocutánea: los cuidados de enfermería al niño con deformación de la imagen corporal

Este estudio de caso tiene como objetivos: presentar un caso clínico de leishmaniasis cutánea, los diagnósticos de enfermería y la atención de enfermería; y reflexionar sobre la deformación de la imagen corporal de los niños en edad escolar cuando necesitan hospitalización. A través de la realización del plan de cuidados a la niña ha sido posible observar que el estigma asociado a las marcas de la enfermedad puede producir reacciones de impacto y rechazo en las personas que la rodean, dejándola con autoestima baja y aislamiento. También pudimos percibir que la deformación de la imagen corporal produce un desorden en la vida del niño por alterar los aspectos: biológicos, afectuosos y sociales. Se concluye que el proceso de sistematización de cuidados contribuye para la atención de cuidados individualizados, continuados, documentados y evaluados. La actuación de enfermería eficaz en los casos que hay alteración de la imagen corporal interfiere en la recuperación de la autonomía del paciente.

Palabras-clave: leishmaniasis cutánea, imagen corpórea, cuidados de enfermería.

Introdução

Este estudo surgiu de discussões sobre o plano de cuidados de uma escolar de oito anos com diagnóstico de leishmaniose cutânea, durante a sua internação em uma enfermaria de Doenças Infecciosas em Pediatria (DIPe), de um hospital público do município do Rio de Janeiro, onde as autoras deste trabalho estão lotadas como enfermeira da rotina, residente de enfermagem (R2) e técnica de enfermagem, respectivamente.

Durante a nossa prática diária de cuidar neste setor, pudemos acompanhar a evolução de vários casos clínicos de doenças infecciosas, nas quais algumas delas possuem manifestações cutâneas. Porém, o caso em apreço traz à tona a questão da deformação facial – alteração da imagem corporal de uma criança internada na ala destinada à adolescentes e que possui uma lesão (úlcera) importante no nariz.

Sabemos que a imagem pessoal é produto de uma série de fatores que ditam comportamentos e delineiam estereótipos, através da expressão corporal. "A imagem pessoal é uma forma de comunicação não verbal, pois ela transmite mensagens que são captadas e decodificadas pelo seu receptor" [1].

Neste sentido, verificamos o surgimento de curiosidades com relação à deformidade estabelecida tanto na equipe multidisciplinar quanto nas outras crianças internadas e seus familiares, o que poderia trazer algum prejuízo e/ou constrangimento à criança com a lesão de leishmaniose e também a sua família. Esta situação é justificada quando tomamos conhecimento que "a extensão em que uma característica, defeito ou doença afeta a imagem corporal da criança é influenciada pelas atitudes ou comportamento daqueles ao redor dela" [2].

A partir do acima exposto, este estudo tem por objetivo:

- Apresentar um caso clínico de leishmaniose muco-tegumentar, os diagnósticos de enfermagem e a assistência de enfermagem implementada;
- Refletir a questão da deformação da imagem corporal das crianças em idade escolar em situação de internação hospitalar.

Material e métodos

Pesquisa descritiva do tipo estudo de caso. Este tipo de estudo é caracterizado por "investigações em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social. O pesquisador que realiza um estudo de caso tenta analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico, desenvolvimento ou cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas" [3].

Os dados foram colhidos em setembro de 2005 através do prontuário, entrevista semi-estruturada e observação ativa da evolução da criança do início ao término da sua internação no setor em questão.

Para a realização deste estudo, foi apresentado ao responsável da criança um termo de consentimento livre e esclarecido a fim de orientá-lo quanto aos objetivos do estudo e um termo de autorização para a retirada de fotos, resguardando a identidade da criança e utilização destas informações apenas para fins de pesquisa, conforme a Resolução 196/96.

Apresentação dos dados: descrição do caso clínico

Histórico de Enfermagem

Identificação e anamnese: G.A.J, oito anos, sexo feminino, negra, moradora do bairro de Campo Grande. Admitida no Instituto Fernandes Figueira, no dia 22/08/2005, proveniente do hospital Rocha Faria, para tratamento de leishmaniose muco-cutânea.

Deu entrada no hospital de origem, no dia 03/08/2005, com quadro de celulite facial, iniciado há mais ou menos oito dias com pequena lesão no queixo e nariz, pruriginosa que cresceu rapidamente formando uma crosta no nariz e uma úlcera no queixo, segundo relato da avó. Refere também presença de febre.

Iniciou tratamento com oxacilina – antibiótico semi-sintético, derivado das penicilinas. Indicada no tratamento de infecções causadas por bactérias estafilocócicas produtoras de penicilinase – por 13 dias, como manteve o quadro de febre e apresentava orofaringe em mal estado de conservação (dentes cariados) foi trocado o antibiótico acima citado por clavulin® – um antibiótico de amplo espectro, que possui a propriedade de atuar contra microrganismos gram-positivos e gram-negativos e contém como princípio ativo a amoxicilina e o clavulanato de potássio.

Dia 16/8, apresentou eliminação de Ascaris lumbricoides – popularmente conhecidos como lombriga e causam doença denominada ascaridíase. A ascaridíase é a verminose intestinal humana mais disseminada no mundo. A contaminação ocorre quando há ingestão dos ovos infectados do parasita, que podem ser encontrados no solo, água ou alimentos contaminados por fezes humanas. A maioria das infecções é assintomática. A larva se libera do ovo no intestino delgado, penetra a mucosa e por via venosa alcança o fígado e pulmão de onde alcançam a árvore brônquica. Junto com as secreções respiratórias são deglutidas e atingem o intestino onde crescem chegando ao tamanho adulto. Em várias situações podem surgir sintomas dependendo do órgão atingido [4]. Para tal foi administrado piperazina – medicação específica para ascaridíase onde o mecanismo de ação se dá através do relaxamento muscular do helminto e conseqüente eliminação do mesmo pelo peristaltismo intestinal. Mantendo 1 a 2 picos febris por dia.

O avô encontra-se em tratamento para Leishmaniose. Dia 19/08/2005, foi realizado no Posto de Saúde Belizário Penna, em Campo Grande, o Teste de Montenegro (injeção intradérmica de antígeno para leishmaniose), cujo resultado foi positivo (15 mm). Neste mesmo dia, foi avaliada por um dermatologista e no dia 22 de agosto de 2005 fez uma biópsia no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz) e foi encaminhada para o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Exame físico

Data: 22/08/2005 – 1º dia de internação hospitalar

A escolar de oito anos, portadora de encefalopatia crônica não progressiva por asfixia perinatal, admitida na enfermaria de DIPe, em companhia da avó, com diagnóstico de leishmaniose cutânea. Acordada, interagindo com o examinador, respondendo as solicitações verbais, acianótica, anictérica, hipocorada (1+/4+), hidratada, apresentando hipertermia (38ºC). Apresentando lesão infiltrativa ocupando todo dorso nasal (5,0 cm), crostosa, exsudativa penetrando orifícios nasais (principalmente à esquerda), com leve hiperemia ao redor, edema e dolorosa, e lesão ulcerativa, exsudativa, friável no mento medindo 4,0 x 1,5 cm, com bordos elevados, crostosos (Foto). Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares universalmente audíveis sem ruídos adventícios, FR: 16 irpm; ausculta cardíaca com ruídos cardíacos regulares e 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopros, FC: 118 bpm; abdomen flácido, depressível, sem massas palpáveis, peristáltico. Linfoadenopatia regional geniana direita e submentoniana. Diurese presente em fralda e eliminações intestinais presentes. Apresentando dor

à mobilização do membro inferior direito – MID (pé). Aceitando parcialmente as dietas. Puncionado acesso venoso periférico. Iniciado o tratamento medicamentoso com Glucantime®, endovenoso, uma vez ao dia. Escolar com aparência triste, respondendo apenas o que é perguntado, não demonstrando querer interagir no momento.

História da doença pregressa

Varicela aos seis anos acompanhada de convulsão febril. Teve três internações prévias: Infecção do trato urinário (ITU), infecção intestinal e suboclusão intestinal por áscaris lumbricoides. Apresentou um episódio de edema e hipertensão no ano passado, porém não ficou internada. Tem bronquite (não apresentando crise há vários meses).

História neonatal: Parto normal a fórceps, a termo, apresentou asfixia perinatal, necessitou de oxigênio. Peso de nascimento = 3065 kg; estatura = 54 cm. Mãe com história de eclampsia. Teve alta com três dias de vida.

História familiar: Mãe e avó hipertensas. Avô em tratamento para leishmaniose cutânea no IPEC. Três irmãos saudáveis. Nega diabetes, câncer e contato com tuberculose.

História alimentar: Cardápio alimentar variado com frutas, legumes, verduras e carnes. Nega engasgos.

História imunológica: Não trouxe o cartão de vacinação, refere duas ou três vacinas atrasadas. Não tem resultado do teste do pezinho – exame laboratorial que detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.

História do desenvolvimento e crescimento: Atraso no crescimento psico-motor. Rolou com um ano, andou com cinco anos (parou de andar com seis anos após queda). Fazia acompanhamento com neurologista que prescreveu Gardenal® (medicação anticonvulsivante) desde um ano de idade apesar de não ter história de convulsão (segundo a avó). Avó parou, por conta própria, de dar esta medicação há mais ou menos três anos.

História sócio-econômica familiar: Mora num sítio em Campo Grande, Rio de Janeiro, com a mãe, o avô, a avó e três irmãos. Não tem contato com o pai. A renda familiar é de um salário mínimo (aposentaria do avô) e alguns trabalhos informais realizados pela avó (passando roupas). Não possuem água encanada sendo retirada água para consumo dos moradores da casa através de poço artesiano localizado no quintal da casa. Possui três cachorros em casa, não vacinados e sem qualquer tipo de acompanhamento veterinário.

História da doença atual

Resumo da patologia: a leishmaniose tegumentar ou cutânea é uma doença infecto-contagiosa crônica também conhecida no Brasil como úlcera de Bauru ou botão da Bahia.

Etiologia: é causada por protozoário da família Tripanossomatidae, gênero Leishmania. No Brasil, três espécies causam a doença: Leishmania brasiliensis brasiliensis, leishmania brasiliensis guyanensis e leishmania mexicana amazonensis [5,6].

Epidemiologia: a leishmaniose tegumentar é uma doença própria de animais silvestres, principalmente roedores, destacando-se o gambá, os macacos, micos, ratos e raposas, além de animais domésticos como cães, gatos e cavalos. O homem é o hospedeiro acidental. O inseto se infecta por meio dos reservatórios silvestres ou domésticos infectados e, então, contamina o homem [5,6]. "No Brasil, a protoonose já foi diagnosticada em todos os estados, incidindo com maior freqüência em São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Pernambuco, e com incidência quase insignificante no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Distrito Federal" [6].

Modo de transmissão: é transmitida ao homem através da inoculação do protozoário pela picada das fêmeas de mosquitos flebótomos. Estes insetos são conhecidos no Brasil com o nome de birigui e mosquito-palha. São insetos que possuem tropismo por matas, de hábitos noturnos, que se adaptam a locais úmidos, sombrios e bem-protegidos e, não se locomovem a mais de 150 m [5,6].

Assim, o ciclo de transmissão se dá da seguinte maneira: a fêmea do mosquito flebótomo pica um animal silvestre ou doméstico infectado, na forma amastigota, e esta se transforma no tubo digestivo do reservatório na forma promastigota por divisão binária e multiplica-se intensamente. Em uma nova alimentação hematófaga, a fêmea inocula no homem ou animal silvestre ou doméstico a forma promastigota, que, ao atingir o tecido do sistema monocítico linfocitário, adquire a forma amastigota, desenvolvendo neste local a úlcera da leishmaniose cutânea [6,7].

Período de incubação: varia de 10 dias a três meses após a picada do inseto.

Quadro clínico: as lesões surgem após o período de incubação, principalmente nas partes descobertas do corpo, surge uma pápula eritematosa no local da picada. Esta pode evoluir para a forma crostosa ou nodular, acompanhar-se de reação ganglionar satélite, manter-se única, multiplicar-se ou resolver-se espontaneamente. Podem apresentar prurido e dor local. A úlcera leishmaniótica clássica apresenta: contornos circulares, bordas elevadas e infiltrada em moldura; o fundo é recoberto por tecido de granulação, exsudato poroso ou purulento. Lesões tuberosas, nodulares, verrucosas, vegetantes, liquenóides, impetigóides e ectimatóides são também descritas [5,6,8].

Diagnóstico: o diagnóstico laboratorial compreende: a) teste de Montenegro (injeção intradérmica de 0,1 ml de antígeno e lê-se 48 horas após; o teste é positivo caso a indução seja igual ou maior que 5 mm, tendo sensibilidade de 85%); b) reações sorológicas (Imunofluorescência, Elisa – reações em lâmina com determinados antígenos); c) isolamento do parasito na lesão, por meio de biópsia ou curetagem da lesão (requer meio específico), e processamento estéril, tendo sensibilidade de 90%; d) estudo histopatológico – pesquisa do parasito através de cortes histológicos de órgãos acometidos [5,6,8].

Medicações prescritas

1) Glucantime® – EV – 1x/dia – Utilizado durante 60 dias (23/08/2005 – 21/10/2005): é uma droga antimonial pentavalente (antimoniato de N-metilglucamina). A medicação pode ser dada por via intramuscular ou endovenosa diariamente na dose de 20 mg/kg/dia por, pelo menos, 20 dias, podendo ser prolongado por mais tempo, a depender da resposta terapêutica do paciente. Os efeitos colaterais são: anorexia, irritacão gástrica, cefaléia, febre, prostração, rash cutâneo, mialgia, artralgia; alterações eletrocardiográficas como inversão da onda T e prolongamento do intervalo QT; com grandes doses há registro de disfunção tubular renal e hepática [5,8].

Em 16/09/2005, a criança apresentou no resultado dos exames eletrocardiográficos o efeito colateral descrito como prolongamento do intervalo QT (0,44 – sendo o ideal inferior a 0,46). Assim, foi realizada a suspensão do Glucantine® e realizada monitorização cardíaca. Os exames eletrocardiográficos foram repetidos nos dias 26/09/05, 07/10/05, 11/10/05 e 14/10/05 para acompanhamento e controle de efeitos cardíacos da medicação. Em 07/10/2005, houve o retorno do intervalo QT aos índices de normalidade. Com a manutenção do mesmo em índices normais, em 11/10/05 houve o retorno da administração do Glucantine® para que se completasse o esquema terapêutico proposto.

2) Clindamicina – EV – Utilizado durante 14 dias (29/08/2005 – 12/09/2005) – Antibiótico geralmente empregado no tratamento de infecções superfíciais da pele, sendo efetivo sobre Staphylococcus aureus e Streptococcus do grupo A, não apresenta atuação sobre gram-negativos aeróbicos e tendo boa atividade em anaeróbios gram-positivos e negativos. Os efeitos colaterais são: Gastrointestinal: náusea, vômitos, diarréia, dor abdominal e colite pseudo-membranosa; Hipersensibilidade: rash, reação anafilática e raramente eritema multiforme e síndrome de Steven-Johnson; Efeitos locais: eritema e tromboflebite; Outros efeitos: Elevação da bilirrubina, fosfatase alcalina, TGO e TGP, leucopenia, neutropenia, eosinofilia e trombocitopenia.

3) Solução hipertônica de sal marinho 2% + Bicarbonato de sódio 2% – Tópico – 10 gotas em cada cavidade nasal - 10X/dia – Utilizado durante toda a internação.

Plano de cuidados de enfermagem

1) Diagnóstico de Enfermagem: risco para alteração da temperatura corporal – hipertermia relacionada à doença [9,10].

Prescrições de Enfermagem:

- Monitorar a temperatura do corpo e do ambiente;
- Monitorar a cor, a temperatura e o turgor da pele; a cor dos leitos ungueais; a freqüência e o ritmo cardíacos; e a freqüência e o ritmo respiratório;
- Remover ou reduzir os fatores de risco para desidratação: Monitorar a ingesta e a eliminação e proporcionar os líquidos favoritos para manter o equilíbrio entre a ingesta e a eliminação; Ensinar a importância da manutenção de uma ingesta de líquido adequada para evitar a desidratação. Explicar a importância de não confiar na sensação de sede como uma indicação da necessidade de líquido;
- Iniciar a educação para saúde: ensinar os sinais precoces de hipertermia; ensinar a aplicar bolsas

de gelo ou toalhas molhadas ao corpo, especialmente nas axilas e virilhas.

2) Diagnóstico de Enfermagem: Nutrição alterada – Ingesta menor do que as necessidades corporais relacionada à doença [9,10].

Prescrições de Enfermagem:
- Observar e registrar a ingestão da criança para avaliar a ingestão nutricional e determinar quais suplementos serão necessários;
- Manter boa higiene oral antes e depois de ingerir alimentos;
- Determinar quais são as preferências alimentares da criança e procurar obter os alimentos preferidos;
- Oferecer alimentos que estimulem os sentidos do olfato, da visão e do paladar para aumentar o apetite da criança;
- Oferecer refeições pequenas e freqüentes para reduzir a sensação de estômago distendido; permitir que a criança escolha os itens de alimentação tão semelhantes quanto possível à refeição daquela hora;
- Organizar as refeições de forma que a ingesta maior de nutrientes protéicos e calóricos ocorra quando a criança tenha mais vontade de comer;
- Planejar o cuidado de forma que os procedimentos desagradáveis e dolorosos não ocorram antes das refeições;
- Proporcionar um ambiente agradável nas horas das refeições, para aumentar o apetite da criança;
- Pesar a criança na mesma hora do dia, todos os dias. Reforçar o ganho ponderal com privilégios e recompensas.

3) Diagnóstico de Enfermagem: Integridade tissular alterada relacionada à lesão causada pela doença, pela colonização do parasita [9,10].

Prescrições de Enfermagem:
- Incentivar a higiene da lesão.

40 Diagnóstico de Enfermagem: Conforto alterado relacionado à lesão nasal evidenciado por prurido e dor [9,10].

Prescrições de Enfermagem:
- Manter a higiene sem provocar o ressecamento da pele: lavar a lesão com solução salina, várias vezes ao dia; usar água fria no rosto durante o banho; usar sabão neutro; secar a pele sem esfregar.
- Prevenir a lesão mais profunda: explicar a criança por que não deve coçar; obter uma prescrição de anti-histamínico, se o prurido não aliviar; manter as unhas curtas e lixar após cortar para evitar os ferimentos; ensinar a criança e a família a colocar compressa úmida na região, mas não coçar.

5) Diagnóstico de Enfermagem: Baixa auto-estima situacional relacionado à deformação da imagem corporal [9,10].

Prescrições de Enfermagem:
- Auxiliar a criança na identificação e na expressão dos sentimentos: transmitir empatia; ouvir; não desencorajar as expressões de raiva, choro e assim por diante; esclarecer os relacionamentos entre os eventos da vida;
- Auxiliar na identificação das auto-avaliações positivas: examinar e reforçar as capacidades e os traços positivos; verificar como a criança controla a ansiedade;
- Estimular a realização de atividades lúdicas.

6) Diagnóstico de Enfermagem: Isolamento social: Risco para solidão relacionado à deformação da imagem corporal [9,10].

Prescrições de Enfermagem:
- Conversar com a criança sobre as causas e os fatores contribuintes para o seu isolamento social;
- Encorajar a criança a falar sobre seus sentimentos de solidão e as razões pelas quais eles existem;
- Encorajar a socialização com outras crianças no hospital e a participação de atividades em conjunto;
- Discutir a importância da socialização de qualidade, em lugar de um grande número de interações;
- Identificar atividades que ajudem a manter a criança ocupada.

A deformação física de crianças em idade escolar

"A imagem corporal representa o retrato que cada um de nós tem de si mesmo. A enfermidade e a lesão grave podem interferir de modo abrupto com o auto-conceito. A adaptação às mudanças impostas pela doença pode afetar o senso de identidade da pessoa" [11].

Percebemos, então, que a imagem corporal é o retrato do corpo na mente, ou seja, é o resultado das representações psíquicas do corpo e seus órgãos. Essas representações que temos do nosso corpo são construídas desde o tempo de infância onde crianças que possuem bom comportamento são ditas "bonitas" e aquelas com mau comportamento ou reações que causem insatisfação ao outro, são "feias". Neste sentido, a "coisa feia" é socialmente indesejável e o "bonito" é sempre notado, admirado e exposto.

Em nossa sociedade, o corpo da criança tem sido valorizado como objeto simbólico de beleza, "fofura" e saúde. Assim, a indústria e a mídia exercem um papel fundamental na construção de padrões e levam as pessoas a identificarem a beleza ao "bebê Johnson".

Desse modo, as alterações da imagem corporal geradas pela enfermidade ou pela dependência tecnológica causam impacto e perplexidade nas pessoas, o que gera uma baixa auto-estima na criança, a partir da modificação do retrato de si mesma. Essa situação afeta a maneira de pensar sobre si como pessoa influenciando de forma considerável o seu comportamento e suas vivências.

No caso da criança em questão, a deformidade causada pela doença traz mudanças em sua aparência (face). Nesta fase da vida, a criança precisa brincar e interagir com outras crianças, e a face é uma parte do corpo que é primeiramente percebida pelo outro no processo de interação.

No entanto, o estigma associado às marcas da doença pode gerar reações de impacto e rejeição das pessoas que a cercam, levando-a a baixa auto-estima e isolamento.

Assim, é nesse momento de sociabilidade da criança que a sua subjetividade sobre a doença é construída e se expressa. A subjetividade "é a capacidade de receber o sentido, de fazer algo com ele e de produzir sentido, dar sentido, fazer com que cada vez seja um sentido novo" [12].

Neste momento, a equipe de enfermagem e toda a equipe multidisciplinar de uma maneira geral, assumem um papel importante na construção da subjetividade destas crianças. Isto porque, "o estigma enquanto uma marca é um fato, mas as leituras realizadas pelos envolvidos com os cuidados à criança é que vão atribuir a esta marca um sentido" [13].

Diante disso, torna-se fundamental ouvir a criança naquilo que ela necessita dizer e utilizar o lúdico para a construção dessa relação profissional-paciente desviando a assistência apenas dos achados clínico-patológicos e com vistas ao acompanhamento do sofrimento como um todo, tornando o hospital numa referência técnica e afetiva.

Percebemos, então, que qualquer alteração da imagem corporal de um indivíduo terá um impacto na sua vida e da sua família de ordem bio-psico-social. Diante disso, a equipe de enfermagem deve oferecer a esta criança e sua família o suporte necessário para enfrentar a nova situação levando em consideração os múltiplos fatores que envolvem a deformação física.

Conclusão

Através do cuidado a uma criança com Leshimaniose tegumentar foi possível uma reflexão sobre a deformação física na criança. Nessa reflexão pudemos perceber que a deformação da imagem corporal gera uma desordem na vida da criança por alterar redes vitais que se intercruzam: aspectos biológicos, afetivos e sociais.

Diante disso, percebemos que há necessidade da equipe de enfermagem compreender os conceitos e as interações imagem entre imagem corporal – saúde – relações – auto-estima, além dos fatores que interferem positiva e negativamente nessa dinâmica de interações. Assim, a atuação profissional trará em seu bojo o conhecimento necessário para cuidar da criança quando a imagem corporal foge ao padrão "normal".

Concluímos que a elaboração dos fenômenos de enfermagem dentro do processo da sistematização da assistência contribui para a prestação de cuidados individualizados, contínuos, documentados e avaliados. A atuação de enfermagem eficaz nos quadros em que há alteração da imagem corporal interfere para a recuperação da autonomia do paciente interagindo em suas particularidades.

Referências

1. Nascimento MAL, Figueiredo NMA, Cardim MG, Ghidini R. The visual communication transmitted by nurses' body image to the nursing's students. Online Brazilian Journal of Nursing 2005;4(1). [citado 2005 Out 25]; Disponível em: www.uff.br/nepae/objn401-nascimentoetal.htm
2. Whaley, Wong DL. Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
3. Polit D, Hungler F. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
4. Silva AVM. Ascaris lumbricoides. In: Neves DP et al.

Parasitologia humana. 10a ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 228-33.
5. Conterno LO. Leishmaniose tegumentar americana. In: Farhat CK et al. Infectologia pediátrica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 558-56.
6. Miola CE. Leishmaniose Tegumentar. In: Souza M. Assistência de Enfermagem em Infectologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p.199-204.
7. Genaro O. Leishmaniose tegumentar americana. In: Neves DP et al. Parasitologia humana. 10a ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p.56-72.
8. Carvalho CMCN. Leishmaniose tegumentar. In: Carvalho ES, Carvalho WB. Terapêutica e prática pediátrica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 925-6.
9. Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
10. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
11. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
12. Castoriadis C. Para si e subjetividade. In: Pena-Veja A, Nascimento EP, eds. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
13. Moreira MCN, Macedo AD. A construção da subjetividade infantil a partir da vivência com o adoecimento: a questão do estigma. Arq Bras Psicol 2003;55: 31-41.

Revisão

Aleitamento materno: os benefícios oriundos desta prática para redução do câncer de mama

Gabrieli Bezerra Pinto*, Rosemere Santos da Conceição*, Vicerlene da Silva Ribeiro Rodrigues*, André Luiz de Souza Braga, M.Sc.**

**Enfermeiras, Centro Universitário Plínio Leite, **Professor Assistente I do Departamento de Fundamentos da Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense*

Resumo

Apesar do conhecimento sobre aleitamento materno, acumulado pelos pesquisadores e profissionais de saúde, os benefícios na saúde da mulher perduram como importante causa da redução do câncer de mama. Assim, órgãos de saúde recomendam sua implantação através de políticas de saúde, que previnam o desmame precoce. Trata-se de um estudo cujo objetivo foi o quanto beneficiada pode ser a saúde da mulher com a prática da amamentação, tendo como foco câncer de mama, revisando os benefícios da amamentação para a saúde da mesma. Este artigo tem como objetivo identificar os benefícios oriundos da prática da amamentação para redução do câncer de mama. O mesmo traz algumas reflexões sobre amamentação, enfocando os benefícios à saúde da mulher e o câncer de mama e tem a finalidade de lançar luz aos profissionais de saúde que atuam junto com as lactantes no puerpério, para que os mesmos passem todas as informações necessárias e que as mães possam tomar decisões referentes ao processo de amamentação. Concluímos que apesar da escassez bibliográfica pertinente, o estudo evidenciou a necessidade da elaboração de instrumentos educativos voltados para a saúde da mulher e os benefícios da prática da amamentação.

Palavras-chave: aleitamento materno, câncer da mama, saúde da mulher.

Abstract

Breastfeeding: benefits to reduce risk of breast cancer

Despite researchers and health professionals' knowledge about breastfeeding, we can point out breast cancer reduction as a very important benefit for women's health. Thus, government health policies recommend it through health policies in order to prevent early cessation of breastfeeding. The object of this study was to analyze benefits of breastfeeding for women's health, focusing on breast cancer. This article aims at identifying benefits of breastfeeding on breast cancer reduction. It is also listing a few considerations regarding breastfeeding, women's health benefits and breast cancer and calling health professionals attention, especially those who act together with the breastfeeding women, to deliver necessary information for the mothers can take decisions concerning breastfeeding process. We concluded that although few studies related to this theme have been

Artigo recebido em 21 de julho de 2008; aceito em 19 de novembro de 2008.
Endereço para correspondência: enfa.lene@gmail.com, gabrielibp1@gmail.com, andre.braga@globo.com

conducted, our study showed the need of developing better instruments of education addressed to women's health and the benefits of breastfeeding.

Key-words: breastfeeding, breast cancer, women's health.

Resumen

Lactancia materna: los beneficios oriundos de esta práctica para la reducción de cáncer de mama

A pesar de los conocimientos sobre la lactancia materna, que tienen los investigadores y los profesionales de la salud, los beneficios sobre la salud de la mujer persisten en una reducción del riesgo de padecer de cáncer de mama. De este modo, los servicios de la salud recomiendan su implementación a través de políticas de salud, para evitar un destete temprano. Se trata de un estudio que tiene por objeto saber cuanto puede ser beneficiada la mujer con la práctica de la lactancia materna, con el enfoque del cáncer de mama. El objetivo de este estudio es identificar científicamente los beneficios la lactancia materna asociada con una reducción del cáncer de mama. Además, trae algunas reflexiones sobre la lactancia materna, haciendo hincapié en los beneficios para la salud de la mujer y el cáncer de mama y tiene por finalidad llamar la atención de los profesionales de la salud que actúan con las mujeres lactantes, para que pasen toda la información necesaria y, así, las madres puedan tomar decisiones en relación con el proceso de la lactancia materna. Concluimos que, a pesar de la escasez de literatura apropiada, el estudio evidenció la necesidad de desarrollar instrumentos educativos orientados para la salud de la mujer y los beneficios de la lactancia materna.

Palabras-clave: lactancia materna, neoplasias de la mama, salud de la mujer.

Introdução

Durante nossa vivência profissional e período acadêmico, observa-se que pouco se fala ou orienta-se, sobre os benefícios que à prática da amamentação pode levar à saúde da mulher, percebe-se também que nem sempre, em sua prática clínica, o médico orienta a mulher que a ele demanda como mãe, mediante tal fato motivamo-nos então a fazê-lo.

Como a prática da amamentação pode beneficiar a saúde da mulher reduzindo o câncer de mama?

Segundo Valerie Beral, do *Charity Cancer Research UK*, quanto mais tempo a mulher amamentar, sofrerá menos risco de desenvolver doenças como, por exemplo, câncer de mama. Quanto maior o número de filhos amamentados, maior a prevenção contra o câncer e, além disso, a mulher que tem filhos antes dos 18 anos de idade pode sofrer uma redução no risco deste tipo de câncer [1].

Interessante estudo inglês realizado por um grupo de antropólogos mostrou que, na década de 20, a mulher ovulava em média 50 vezes durante a vida. Já no século 21 ovula-se em média 400 vezes. Isso porque no século passado a mulher engravidava logo depois da primeira menstruação e tinha uma seqüência de gestações, parto e lactação que muitas vezes duravam 20 anos, passando quase toda a vida sem ovular. Hoje em dia a mulher moderna adia a maternidade por ter outro papel na sociedade [2-1].

Ao longo dos anos a ciência vem evidenciando que a amamentação é a melhor forma de alimentação para a saúde do lactente. E que há redução de 30% no risco de câncer de mama em mulheres que amamentaram seus filhos [1]. Os órgãos de saúde recomendam sua implantação através de políticas que previnam o desmame precoce.

Este artigo tem como objetivo identificar cientificamente os benefícios oriundos da prática da amamentação para a redução do câncer de mama. Sabendo que os médicos, em sua prática clínica, nem sempre avaliam ou orientam a mulher grávida. O profissional da área de saúde deve conhecer os benefícios que a amamentação traz a mãe, e este conhecimento poderá também ser usado em diversas situações. Até então, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama [1,4].

Por certo tempo, houve controvérsias na literatura sobre se a proteção da amamentação contra câncer de mama era para todo o período de vida reprodutiva ou se tinha relação com a menopausa [5]. Um estudo realizado na Islândia, envolvendo 993 casos de câncer de mama e 9.729 casos con-

trole, mostrou uma relação entre número de meses de amamentação, quanto mais tempo se amamenta menor é a chance de desenvolver câncer de mama no grupo etário com menos de 40 anos [2]. Em contraposição, um estudo realizado na China, mostrou que essa relação existe, mas apenas em mulheres mais velhas, após a menopausa [6].

Revendo a literatura entre 1986 e 1998, alguns autores sugerem que a amamentação é proteção contra o câncer de mama nas mulheres americanas e européias na pré-menopausa [3,7]. Outros estudiosos confirmaram tais achados em outras populações de mulheres [8,4], como o México, que apresentou um estudo de caso controle, onde tal relação existe tanto para mulheres na pré como na pós-menopausa [9]. Também foi encontrada forte proteção da amamentação contra câncer de mama em mulheres colombianas [10]. O mesmo não foi verificado em outro estudo realizado em mulheres do sul do Brasil [11], embora neste país tal relação houvesse sido mostrada anteriormente por Hardy [12].

Mulheres com casos de câncer na família, que tiveram puberdade precoce, menopausa tardia e sem filhos correm mais riscos de desenvolver a doença. Entretanto, de acordo com Beral, quanto maior o tempo que a mulher amamenta, maior é a proteção contra o câncer de mama [1]. Uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama [1].

É importante informar que, na grande maioria dos casos, não houve estudos que comprovassem a co-relação da doença com a hereditariedade; embora também já se saiba que: "Mulheres que foram amamentadas, quando criança, mesmo que por um tempo curto, tiveram um risco 30% mais baixo de desenvolver câncer de mama do que as que tomaram mamadeira" [13].

Como já referimos, a amamentação tem sido abordada desde os primórdios com diferentes enfoques, com destaque para o papel biológico no qual a mulher continua sendo considerada apenas como mãe, portanto, socialmente sendo dela esperado o cumprimento de um ritual de amor e dedicação para com o seu filho. Assim, no processo do amamentar, a mulher exerce a função de mantenedora da alimentação do filho por acreditar nos benefícios nutricionais que o leite materno pode proporcionar, acarretando, na maioria das vezes, desatenção ou descuido com sua própria necessidade. Dentro desta perspectiva, instituições educacionais, órgãos gestores, profissionais de saúde e de áreas afins vêm contribuindo para a perpetuação do processo da amamentação como prática benéfica, quer para a mãe ou filho.

Referencial teórico

O câncer é uma doença que traz muitas alterações tanto físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida desses pacientes. É um tema que, apesar do grande avanço tecnológico, é pouco explorado quanto à assistência de enfermagem. As alterações físicas e emocionais que os pacientes podem apresentar, inseridos dentro de um contexto entendido pela sociedade como sinônimo de sofrimento e morte [14].

Amamentação: As mães que amamentam pela primeira vez se questionam sobre o fato de o bebê estar ou não recebendo alimentação satisfatória. Um bebê cujo intestino funcione seis ou mais vezes por dia certamente está recebendo quantidade suficiente de leite materno, mas os bebês alimentados exclusivamente ao seio também podem ficar alguns dias sem evacuar. Se o bebê está engordando adequadamente, é sinal que ele está sendo bem alimentado. Em geral, os bebês mamam a cada duas ou três horas no primeiro mês. O melhor para mãe e bebê é respeitar os limites estabelecidos pelo lactente. Por isso, os especialistas aconselham que as mães, durante os primeiros cinco meses, ofereçam o seio toda vez que o bebê sentir fome. Para aquelas que não sabem se o choro é ou não de fome, uma orientação: observar as fraldas. Se estiverem sujas ou molhadas, troque-as. Provavelmente ele vai parar de chorar. Caso contrário a mãe deve oferecer o seio. Se o choro for de fome, ele vai mamar. Mas se ainda assim o choro persistir, ligue para o pediatra para solucionar o desconforto do bebê.

Câncer de mama: É valido informar que o câncer de mama afeta mais as mulheres. O risco de uma mulher desenvolvê-lo dobra a cada dez anos e é, na verdade, muito raro em mulheres jovens. A despeito do fato de sua relativa raridade em mulheres jovens, o câncer de mama é a causa mais comum de morte em mulheres entre 35 e 50 anos, embora seja verdade que muitas mulheres, incluindo aquelas abaixo de 50 anos, são diagnosticadas e tratadas com sucesso [13]. É importante destacar e reforçar a idéia de que há evidências científicas que comprovam

que a amamentação tem sido descrita como uma relação positiva entre a menor incidência de câncer de mama [15].

Verificou-se que do ano de 1975 a 2000, a incidência de câncer de mama duplicou. Hoje é quase um milhão de casos novos no mundo inteiro. Calcula-se que apenas 5% a 7% tenham algum vínculo com a hereditariedade. Os pesquisadores foram então buscar as razões, quase todas ligadas à vida moderna. A alimentação tem a sua importância, mas não tanto quanto se fala. O estresse da vida urbana seria outra causa. A mulher que vive na zona rural tem menos câncer do que na cidade. No entanto, o fator mais importante de todos, reconhecido cientificamente, é a chamada mudança dos hábitos [16].

O aleitamento materno é um fator determinante na diferença entre a menor taxa de câncer de mama em países mais pobres e o número maior de casos nas nações mais ricas. Pesquisadores desconfiam que os dois fatores (número maior de filhos e mais tempo de aleitamento) evitam o câncer por conta da quantidade de hormônios femininos à qual a mulher é submetida ao longo da vida. Amamentando ou grávida, a mulher menstrua menos, o que estaria associado à prevenção ao câncer. Estas descobertas ajudam a explicar por que as taxas de câncer de mama são tão baixas em países em desenvolvimento onde as mulheres têm seis ou sete filhos, comparados a dois ou três nos países ocidentais [1].

Cabe salientar que a mulher de hoje adia a maternidade por ter outro papel na sociedade, que não vive apenas de procriação ou de atividades domésticas, devido às necessidades de crescimento profissional, acadêmicos e outros, e por haver grande necessidade de prover sua família ou dar suporte na manutenção da mesma.

Entretanto, os benefícios nutricionais para a criança não se devem sobrepor ao desejo da mulher em amamentar, especialmente, respeitando sua subjetividade e entendendo que o processo da amamentação está imbricado por fatores fisiológicos, sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos [17].

Destacamos que mulheres com casos de câncer na família, que tiveram puberdade precoce, menopausa tardia e sem filhos, correm mais riscos de desenvolver a doença.

Seria muito importante se as mulheres amamentassem cada um de seus filhos por seis meses adicionais, elas reduziriam muito seu risco de desenvolver câncer de mama em até 7%. Isso evitaria mais de mil casos da doença a cada ano. "Ter mais filhos e amamentá-los por mais tempo pode realmente evitar o câncer" [1].

Sabemos sobre os inúmeros benefícios que o leite materno proporciona para o bebê, e que também suas qualidades se estendem até a mãe, a qual se beneficiará com o ato de amamentar. Uma variedade de conseqüências endócrinas importantes tais como: diminuição do volume uterino, menos riscos de desenvolver anemia (deficiência de ferro), diminuição do risco da osteoporose na vida madura e diminuição da necessidade de insulina entre as mulheres diabéticas. Além de ser um estímulo essencial para a secreção de leite, a sucção tem como benefício também, a conservação da água corpórea, alteração do temperamento materno [3,13,18].

Em uma ampla e recente revisão da literatura, os indícios demonstram importantes benefícios da amamentação quanto à saúde da mulher, confirmando-se o menor risco de câncer de mama, tanto para mulheres antes como depois da menopausa. Há evidências também da proteção da amamentação contra alguns tipos de câncer epitelial do ovário. Evidente e bem documentada está a contribuição da lactação, especialmente quando exclusiva, para o maior espaçamento entre gestações. Compreendemos através de abordagens de autores a estreita relação do aleitamento materno com a prevenção do câncer de mama [19].

Material e métodos

Este projeto de investigação tratou-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, que abrange um levantamento bibliográfico, que irá fornecer informações no referencial já existente, relativo ao tema que iremos investigar [20].

A investigação foi desenvolvida no período de abril e maio de 2008, foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, que consistiu no exame da literatura científica sobre o tema, para isso foi utilizada a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases da Scielo, Medline, Lilacs, Revista Brasileira de Cancerologia do INCA, as palavras-chave relacionadas ao tema proposto foram: aleitamento materno, câncer de mama e saúde da mulher. Ressalta-se que inicialmente pesquisamos cada descritor individualmente (Quadro I).

Para a análise dos dados coletados, utilizamos os passos propostos por Minayo [21]: ordenação e

classificação dos dados, agrupamentos de idéias em categorias e análise final dos resultados obtidos. Após análise, os dados foram submetidos a uma primeira leitura para uma visão geral, depois houve uma segunda leitura, seletiva para categorizar os dados, percebemos que seria necessário um refinamento. Com tal finalidade optamos em realizar nossa busca com os descritores associados em dupla, resultando nossa bibliografia potencial em 18 artigos, conforme o Quadro II. Ressaltando também que descartamos os que não atendiam o nosso objetivo de estudo e os que eram repetidos.

Nossa análise foi temática, interpretativa, de acordo com os instrumentos usados acerca de um tema relevante, que é evidenciar cientificamente os benefícios da prática da amamentação para a saúde da mulher. Por fim, realizamos a categorização dos dados de maneira a responder nosso problema de pesquisa, que foi: Como a prática da amamentação pode beneficiar a saúde da mulher reduzindo o câncer de mama?

Resultados e discussão

A seguir iremos apresentar uma discussão dos artigos que tiveram maior relevância com os descritores associados. E conforme a organização das categorias temáticas.

Aleitamento materno e o câncer de mama

Para esta associação podemos encontrar na base Lilacs, e os que tinham maior inserção no objetivo proposto pela pesquisa serão descriminados no abaixo (Quadro III).

De acordo com Rea [15], podemos observar que ao se tratar de aleitamento materno e câncer de mama a autora enfatiza que tem sido descrita uma relação positiva entre amamentação e menor incidência de doenças como câncer de mama, do epitélio ovariano e certas fraturas ósseas por osteoporose, e que há fortes indícios de que os benefícios da amamentação à saúde da mulher sejam muito importantes, confirmando o menor risco de câncer de mama e ovário.

Embora nossas pesquisas visassem à busca de material que fortalecesse nossa tese, cabe registrar artigo contraditório em que Tessaro [11], após estudos realizados, não encontrou relação de benefícios na amamentação como prevenção do câncer de mama. O estudo teve por base um delineamento de caso-controle com dois grupos de

Quadro I - Distribuição quantitativa das bibliografias encontradas nas bases de dados.

DESCRITORES	BANCO DE DADOS			
	SCIELO	MEDLINE	LILACS	INCA
Aleitamento Materno e câncer de mama	4	0	3	0
Aleitamento Materno e saúde da mulher	4	0	2	0
Saúde da Mulher e o câncer de mama	5	0	0	0
Total	13	0	5	0

Quadro II - Distribuição quantitativa das bibliografias selecionadas – Bibliografia potencial.

DESCRITORES	BANCO DE DADOS			
	SCIELO	MEDLINE	LILACS	INCA
Aleitamento Materno	287	8132	2336	1
Câncer de Mama	309	0	3830	102
Saúde da Mulher	577	13714	3515	34
Total	1173	21846	9681	137

Quadro III - Distribuição das bibliografias potenciais da categoria temática: Aleitamento materno e o câncer de mama.

Autor	Ano	Título	Base de Dados
Rea [15]	2004	Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher	Lilacs J Pedriatr (RJ)
Tessaro et al. [11]	2003	Breastfeeding and breast cancer: a case-control study in Southern Brazil	Lilacs Cad Saúde Pública
Hand, Hellen Elizabeth [22]	1983	Aleitamento materno e câncer de mama. Estudo caso-controle desenvolvido em Campinas	Lilacs Rev Brás Ginecol Obstet

controles, emparelhados por idade. Se por um lado não temos a convicção cientifica quanto aos benefícios da amamentação, o estudo apresentado pelo autor, por si só, não descaracteriza a tese de que a amamentação traz benefícios de suma importância à saúde da mulher.

Hand *et al*. [22] afirmam que existe uma relação positiva entre aleitamento materno e o câncer de mama. Após um estudo caso-controle constatase que mulheres que amamentaram e as que deram aleitamento exclusivo até 12 meses tiveram metade de risco de apresentar câncer de mama do que as que nunca deram de mamar ou nunca deram aleitamento exclusivo. Controlando pelo número de ciclos menstruais ovulatórios, as associações descritas desapareceram em mulheres que haviam tido até 299 ciclos, entretanto nas que tiveram 300 ou mais ciclos as associações mantiveram-se.

Aleitamento materno e a saúde da mulher

Nesta associação encontrada também na base Lilacs, seguem descriminados no Quadro IV os que achamos relevantes e inseridos no tema proposto por nossa pesquisa.

Segundo Moreira [23], em seu artigo cujo objetivo é a caracterização dos Grupos de Pesquisa no Brasil que correlacionam à saúde da mulher e a amamentação, fala de modo diferenciado entre tais temas. Faz um estudo quantitativo caracterizando grupos de pesquisa onde concluiu que no Brasil há escassez desses grupos sobre a amamentação e a saúde da mulher não tem prioridade nas pesquisas feitas. Conseqüentemente tendo como maior quantitativo destas pesquisas, temas voltados para a saúde da criança.

Sobre o estudo de Rea [15], entendemos que sua pesquisa se fazia relevante em se tratar de aleitamento materno e a saúde da mulher, tendo em vista a preocupação com a amamentação sendo de suma importância para a saúde da mulher e prevenção de doenças como câncer de mama e para a saúde da criança primordialmente. Porém, no Brasil ainda são relativamente escassos os artigos publicados sobre temas relacionados à saúde da mulher exclusivamente.

Saúde da mulher e o câncer de mama

Para esta associação encontrada na base da Scielo, o que achamos de suma relevância para nosso objetivo proposto, também se encontra descriminado no Quadro V.

Em se tratando da saúde feminina, Mendonça [24] afirma que o câncer representou a segunda maior causa de morte no país, só superado pelas doenças cardiovasculares. Considerando que os cânceres de mama e útero são responsáveis por quase um terço destas mortes em todo o país e que os programas de prevenção e diagnóstico precoce podem ter grande impacto neste quadro. Afirmam também que a busca de estratégias comuns com aproveitamento dos recursos existentes voltados à saúde da mulher é fundamental dentro de uma política de controle do câncer.

Ao estudar Nakano e Mamede [25], observamos que os discursos técnicos e acadêmicos que embasam os Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno estão dirigidos ao atendimento das necessidades da criança, não contemplando a mulher em suas especificidades. Os autores acreditam que seja necessário um redirecionamento

Quadro IV - Distribuição das bibliografias potenciais da categoria temática: Aleitamento materno e a saúde da mulher.

Autor	Ano	Título	Base de dados
Moreira MA [23]	2007	A saúde da mulher a partir do tema amamentação	Lilacs
Rea MF [15]	2004	Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher	Lilacs J Pedriatr RJ

Quadro V - Distribuição das bibliografias potenciais da categoria temática: Saúde da mulher e o câncer de mama.

Autor	Ano	Título	Base de dados
Mendonça GAS [24]	1993	Câncer na população feminina brasileira	Scielo Rev Saúde Pública
Nakano AMS & Mamede MV [25]	1999	A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência	Scielo Rev Latinoam Enfermagem

de tais discursos para que se tenham respostas mais efetivas no resgate da prática do aleitamento materno pelas mulheres. Pois este traz muitos benefícios para a saúde das mesmas e estas precisam ser melhor informadas.

Conclusão

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, ao compreender-se educador, torna-se ferramenta fundamental neste estudo, em que a educação em saúde tem por premissa a conscientização e o esclarecimento, permitindo uma melhor forma de intervir no processo saúde-doença. Na perspectiva de usufruir desta contribuição, há que se programarem medidas governamentais preventivas com abordagens direcionadas aos principais agravos que essas mulheres são acometidas.

Concordamos que a correlação do aleitamento materno e câncer de mama têm sido descritas como positiva entre amamentação e menor incidência de doenças como câncer de mama, de epitélio ovariano e certas fraturas por osteoporose e que há fortes indícios de que os benefícios da amamentação à saúde da mulher seja muito importante, confirmando o menor risco.

Devemos ser profissionais inseridos, tendo na educação permanente os recursos necessários para alcançar os objetivos propostos. Concluímos que apesar da escassez bibliográfica pertinente, o estudo evidenciou a necessidade da elaboração de instrumentos educativos voltados para a saúde da mulher e os benefícios da prática da amamentação, elaborados com informações sobre as incidências relacionadas ao câncer de mama e assim corroborar com os profissionais de saúde para que não haja mais informações fragmentas, e assim alcançarmos uma melhor qualidade de vida.

A abordagem da Educação em Saúde, não somente para aleitamento materno, mostra-se uma estratégia eficiente, capaz de promover a reflexão e o posterior desenvolvimento de políticas e planejamento de ações integradas e intersetoriais com participação ativa da comunidade.

Referências

1. Beral V. Amamentar reduz os riscos de câncer de mama, revela estudo [online]. UK: Charity Cancer Research; 2002. [citado 2008 Abr 10]. Disponível em: URL: www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/020719_mama-mtc.shtml
2. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. Am J Epidemiol 2001;154:37-42.
3. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. N Engl J Med 1994;330:81-7.
4. Enger S, Ross R, Henderson B, Bernstein L. Breastfeeding history pregnancy experience and risk of breast cancer. Br J Cancer 1997;76:118-23.
5. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001;48:143-58.
6. Gao Y-T, Shu X-O, Daí Q, Potter JD, Brinton LA, Wen W, Sellers TA, et al. Association of menstrual and reproductive factors with breast cancer risk: results from the Shanghai Breast Cancer Study. Int J Cancer 2000;87:295-300.
7. Lipworth L, Bailey R, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. J Natl Cancer Inst 2000;92:302-12.
8. Brinton L, Potischman N, Swanson C, Schoenberg JB, Coates RJ, Gammon MD, et al. Breastfeeding and breast cancer risk. Cancer Causes Control 1995;6:199-208.
9. Romieu I, Hernandez-Avila M, Lazcano E, Lopez R, Romero-Jaime R. Breast cancer and lactation history in Mexican women. Am J Epidemiol 1996;143:543-52.
10. Olaya-Contreras P, Buerkens P, Lazcano-Ponce E, Villami-Rodriguez J, Posso-Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al cancer mamario, en mujeres colombianas. Rev Saúde Publica 1999;33:4-45.
11. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Victora; CG. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2003;19(6):1593-601.
12. Hardy E, Pinotti JA, Faundes AE, Osis MJD. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1993;115:93-102.
13. Freudenheim J, Marshall JR, Graham S, Laughlin R, Vena JE, Bandera E, et al. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. Epidemiology 1994;5(3):324-31.
14. Anders JC, Boemer MR. O contexto de um setor de radioterapia sob a perspectiva da literatura. Rev Gauch Enfermagem 1995;16(1/2):88-93.
15. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. J Pediatr 2004;80(5) suppl.
16. Organização Mundial da Saúde (OMS) [online]. [citado 2008 Abr 10]. Disponível em URL: http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Organização_Mundial_da_Saúde
17. Alves VH. O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2003.
18. McTieman A, Thomas DB. Evidence of protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. Am J Epidemiol 1986;124(3):353-8.
19. Boletim Atualidades em Amamentação (IBFAN). In: Freudenheim J et al. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. Epidemiology 1994;5(3):324-3.

20. Figueiredo NMA. Método e Metodologia/pesquisa científica – Ensinando a cuidar. São Paulo: Yendis; 2005.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
22. Hand HE, Faundes A, Marussi EF, Pinotti JA. Aleitamento materno e câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet 1983;5(2):83-7.
23. Moreira MA, Lopes RLM. A saúde da mulher a partir do tema amamentação. Online Braz J Nurs 2007;6(2).
24. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. Rev Saúde Pública 1993;27(1):68-75.
25. Nakano MAS, Mamede MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(3):69-76.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2008;7(6)

Revisão

A produção científica nacional de enfermagem sobre o cateter central de inserção periférica

Fátima Cristina Mattara Camargo*, Cristiane Rocha Magalhães**, Swya Oliveira Xavier***

*Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, **Enfermeira Clínica da Unidade de Transplante de Medula Óssea (CEMO)/INCA, ***Enfermeira Especialista em Enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ

Resumo

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a produção nacional referente ao cateter central de inserção periférica (PICC). Tendo como objetivo fazer um diagnóstico da produção científica sobre o tema referido, no período de 1998 a 2008. O objeto da pesquisa foi a produção científica nacional sobre o PICC, na última década. Após a identificação dos documentos disponíveis, estes foram catalogados, sendo analisados e categorizados de acordo com: forma de publicação, localidade de realização, população estudada, tipo de estudo desenvolvido, eixos temáticos e descritores utilizados. Concluímos que, apesar do aumento da utilização deste recurso tecnológico, ainda é escassa a produção de trabalhos sobre o tema, levando-nos a refletir sobre os reais motivos para a baixa produção científica nesta área.

Palavras-chave: cateter central de inserção periférica, enfermagem, cateter venoso central, produção científica.

Abstract

Nursing national scientific production about the peripherally inserted central catheter

This is a literature review about national production covering the *peripherally inserted central catheter* (PICC). The objective was to do a diagnosis of scientific literature from 1998 to 2008. After identifying the available documents, they were cataloged, analyzed and categorized according to: form of publication, locality, population, kind of study developed, themes and key words. We conclude that, despite the increased use of this technological resource, a few studies on this object are found, leading us to reflect on the real reasons for the low scientific output in this area.

Key-words: peripherally inserted central catheter, nursing, central venous catheter, scientific production.

Artigo recebido 16 de outubro de 2008; aceito 26 de dezembro de 2008.
Endereço para correspondência: Swya Oliveira Xavier, Rua Marquês do Paraná, 51/ bl. 03/703 Centro 24030-210 Niterói RJ, Tel: (21) 8123-4925, E-mail: swyaxavier@hotmail.com

Resumen

La producción científica nacional de Enfermería sobre el catéter central de inserción periférica

Se trata de una revisión de literatura sobre la producción nacional sobre el catéter central de inserción periférica (PICC) cuyo objetivo es hacer un diagnóstico de la literatura científica sobre el tema mencionado en el período comprendido entre 1998 y 2008. El objeto de la investigación fue la producción científica sobre el PICC en la última década. Después de la identificación de los documentos disponibles, fueron catalogados y analizados y categorizados de acuerdo a: forma de publicación, localidad del estudio, población del estudio, tipo de estudio, ejes temáticos y palabras clave utilizadas. Llegamos a la conclusión de que, a pesar de la creciente utilización de este recurso tecnológico, es todavía escasa la producción de trabajos sobre el tema, lo que nos lleva a reflexionar sobre las verdaderas razones de la baja producción científica en este ámbito.

Palabras-clave: catéter central de inserción periférica, Enfermería, catéter venoso central, producción científica.

Introdução

A terapia intravenosa constitui um importante recurso terapêutico, utilizado com grande freqüência para a maioria dos pacientes hospitalizados. A evolução desta prática e do acesso vascular tem sido cada vez mais evidente. Isso porque a preocupação em garantir um acesso venoso seguro, de qualidade e que possibilite a implementação da terapêutica, com o mínimo de exposição do indivíduo a dor e ao estresse, é considerada como um grande desafio pelos profissionais de saúde, especialmente, enfermeiros. É notória a importância de lançar mão, no cuidado do enfermeiro, de uma tecnologia que auxilie e oriente a prática profissional, visando melhorar a qualidade da assistência prestada [1].

A partir da evolução tecnológica dos dispositivos intravasculares, surge uma nova proposta para minimizar a problemática das múltiplas punções e do alto risco de infecções, o Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), também conhecido como PICC.

O primeiro PICC surgiu em 1926, descoberto pelo médico alemão Forssmann, que passou um cateter uretral através da veia antecubital esquerda e confirmou sua localização do lado direito do coração através de radiografia. Durante o início da década de 1950, foi reconhecido que a infusão de fluidos endovenosos diretamente na veia cava tinha melhor resultado que por via periférica [2]. A introdução do cateter de silicone começou em 1962, mas os PICC's só ganharam atenção em 1980. Somente no final da década de 1990 é que o Brasil passou a utilizar esta nova tecnologia intravascular [3].

A utilização do PICC permite a conservação da rede venosa periférica e elimina punções venosas múltiplas e dolorosas, trazendo maior conforto para o paciente. A vantagem da cateterização de veias superficiais se sobrepõe a punção de veias profundas pela facilidade de visualização e conseqüentemente maior segurança no procedimento [4]. É um dispositivo com tempo de permanência prolongado e de fácil instalação, associado a um menor risco de complicações mecânicas e infecciosas. Por essa razão, vem sendo utilizado em unidades neonatais com freqüência e adesão cada vez maior, sendo especialmente útil, quando se prevê que a criança necessitará de acesso por várias semanas, como é o caso de recém nascidos (RNs) de baixo peso [5].

A competência técnica e legal para o Enfermeiro inserir e manipular o PICC encontra-se amparada pela Lei 7498/86 e o seu Decreto 94406/87, no seu artigo oitavo inciso I, alíneas c, g, h, e inciso II, alíneas b, e, h, i além das Resoluções COFEN nº 240/2000 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), Cap. III, das responsabilidades, nos seus artigos 16,17 e 18, COFEN nº 258/2001 (anexo I) e do parecer técnico COREN/RJ nº 09/2000 (anexo II), onde foi normalizada a inserção e a manipulação deste dispositivo pelo profissional enfermeiro [6].

O PICC ou CCIP é um dispositivo vascular de inserção periférica com localização central, com lúmen único ou duplo. Pode ser constituído de poliuretano ou silicone, sendo os de silicone mais flexíveis e em sua maioria inertes – causando menor irritação à parede dos vasos e interação medicamentosa. Possuem parâmetros como: calibre, comprimento, diâmetro interno, diâmetro externo e *priming* (volume interno), que estão especificados em tabelas de conversão que devem acompanhar o produto. Deve ser indicado para: obter e manter

acesso venoso profundo por tempo prolongado; ministrar soluções hiperosmolares (ex: nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 12,5%, aminas vasoativas); ministrar soluções vesicantes e irritantes. Está contra-indicado para: administrar grandes volumes "em bolus" e sob pressão; difícil acesso venoso periférico por punções repetidas com formação de hematoma e trombo; lesões cutâneas no local da inserção [6]. Possuem várias vantagens, como a inserção segura à beira do leito, sem a necessidade de procedimento cirúrgico, realizada por enfermeiros sob a utilização de anestesia local, com pouca incidência de hemorragia e nenhuma de pneumotórax, otimizando a assistência na terapia intravenosa [7].

Considerando-se todos os benefícios que o PICC apresenta na terapia intravenosa atualmente – qualidade de assistência ao paciente, expansão da atuação do enfermeiro, vantagens para a instituição, entre outros aspectos–, torna-se compreensível que haja grande interesse de quem trabalha com este dispositivo, seja em hospitais, seja em serviços de atendimento domiciliar, em inovações e atualizações sobre este tema. Portanto, nosso estudo se justifica no fato de ampliar a produção do conhecimento acerca deste tema.

Este estudo objetivou fazer um diagnóstico da produção científica sobre o cateter central de inserção periférica (PICC), no período de 1998 a 2008. Pois, nossa experiência como enfermeiras assistenciais, preocupadas com o conhecimento, nos impulsiona a aliar as atividades desenvolvidas no cotidiano da prática de cuidar, administrar e ensinar às tendências da produção científica pertinentes a nossa área de atuação.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, visando identificar a produção científica nacional sobre o cateter central de inserção periférica (PICC), no período de 1998 a 2008. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [8]. O objeto da pesquisa foi a produção científica nacional sobre o PICC na última década.

O levantamento de dados consistiu primeiramente de busca eletrônica em base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) utilizando os seguintes descritores: cateter venoso de inserção periférica, PICC, cateter epicutâneo, Enfermagem; seguida do levantamento bibliográfico do material em bibliotecas públicas de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.

Seguiu-se então, o estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definindo a inclusão e exclusão dos artigos e, definição das informações a serem extraídas dos mesmos. Optou-se por aceitar apenas os resumos para a análise do material, pois alguns artigos não estavam disponíveis na íntegra, acreditando que o conteúdo dos resumos atendia ao nosso objetivo.

Os critérios de seleção foram os seguintes: artigos nacionais, relacionados à temática cateter central de inserção periférica, publicados por enfermeiros, no período compreendido entre 1998 e 2008.

Após a identificação dos documentos disponíveis, os mesmos foram catalogados para melhor apreciação e comparação entre as publicações. Sendo analisados e categorizados de acordo com: a forma de publicação, a localidade de realização, a população estudada, o tipo de estudo desenvolvido, eixos temáticos e descritores utilizados.

Resultados e discussão

Após analisarmos o material publicado sobre o cateter venoso central de inserção periférica (PICC), nos últimos 10 anos, pudemos identificar 21 publicações, relacionadas a essa temática. Destes documentos, 85,7% constituíam artigos publicados em Periódicos Nacionais de Enfermagem e 14,3% correspondiam a teses e/ou dissertações apresentadas em Universidades Públicas (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição da Publicação Nacional sobre PICC, segundo a forma.

Quanto ao local de realização do trabalho, foram identificados 52,3% no Rio de Janeiro, 38,2% em São Paulo e 9,5% no Ceará (Figura 2). Este fato endossa a idéia de que muito embora as tecnologias em saúde estejam difundidas pelo Brasil, ainda é grande a sua concentração nas grandes metrópoles, refletindo a desigualdade na distribuição dos investimentos em tecnologias país.

Figura 2 - Distribuição da Publicação Nacional sobre PICC, segundo o local de realização.

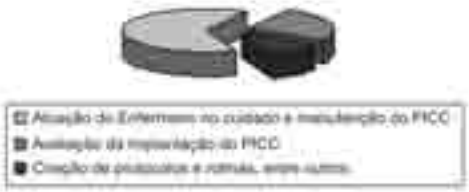
Foram ainda observadas 47,6% publicações referentes ao uso do cateter epicutâneo em pacientes neonatais; 28,6% relacionadas à clientela pediátrica e 23,8% aludiam ao público adulto (Figura 3). Confirmando o fato de que este tipo de auxílio à terapêutica intravenosa, ainda é muito pouco difundido e utilizado na assistência ao adulto. Pode-se deduzir que o uso predominante do CCIP em unidades de neonatologia pode estar relacionado à característica clínica do paciente, à dificuldade de manutenção prolongada de CVP, bem como, pouca ou nenhuma utilização de cateteres centrais semi ou totalmente implantados [7]. Por ser uma prática quase que quotidiana em unidades de terapia neonatais, torna-se clara essa maior publicação de pesquisas nessa população.

Figura 3 - Distribuição da Publicação Nacional sobre PICC, segundo a população estudada.

As produções foram categorizadas quanto ao tipo de estudo desenvolvido, sendo encontrados relatos de experiência, estudos de caso, estudos retrospectivos, descritivos e exploratórios, além de protocolos e rotinas.

Dentre os eixos temáticos as produções centralizaram-se na atuação do enfermeiro no cuidado e manutenção do PICC, uma preocupação que se evidenciou em 63,3% das amostras. Em segundo lugar, observou-se a curiosidade sobre a avaliação da implantação do cateter, com um total de 25,5% trabalhos. Os 11,2% restantes estavam direcionados a criação de protocolos e rotinas sobre o cateter, entre outros (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição da Publicação Nacional sobre PICC, segundo o eixo temático.



Foram elencados também, os descritores mais utilizados pelos autores, dentre os quais podemos citar: cateter venoso central de inserção periférica; PICC; cuidados de enfermagem; enfermagem neonatal; enfermagem pediátrica e cateterismo venoso central.

Conclusão

O presente trabalho teve por objetivo identificar a produção nacional sobre cateter central de inserção periférica, uma tecnologia implantada no Brasil há quase 20 anos e hoje tão utilizada pela enfermagem, para a terapêutica da infusão intravenosa.

Após longa busca por artigos relacionados à temática, concluímos que ainda é pequena a sua produção. A utilização do PICC vem crescendo consideravelmente, sobretudo na clientela neonatal, pela particular dificuldade em conseguir um acesso venoso eficaz e duradouro. Entretanto, apesar do aumento da utilização deste recurso tecnológico, ainda é escassa a produção de trabalhos sobre a sua aplicabilidade, levando-nos a refletir sobre os reais motivos para a baixa produção científica nesta área.

Sabe-se que o enfermeiro possui respaldo legal para a inserção deste cateter e, por isso, necessita de conhecimento técnico e científico que suporte a tomada de decisão clínica e promova bons resultados assistenciais, melhorando continuamente a qualidade do cuidado de enfermagem. Portanto, destacamos que é preciso desenvolver no Brasil muitos estudos sobre essa nova prática de terapia intravenosa, para que auxiliem os profissionais, principalmente, de enfermagem na troca de experiências e conhecimentos sobre o procedimento.

Desta forma esperamos ter contribuído para fomentar discussões acerca desta tecnologia cada vez mais utilizada pela enfermagem.

Referências

1. Braga ES, Barreiro Filho RD, Ferreira GG, Rocha KSG, Oliveira AFC. Tecnologia subsidiando o cuidado de enfermagem: dispositivo de deslocamento positivo. Enfermagem Brasil 2007;6(1):12-25.
2. Schuller DM, Maciel MR, Ichikawa H. Cateter venoso central de inserção periférica em paciente com acompanhamento ambulatorial: estudo de caso. Nursing (São Paulo) 2005;80(8):43-45.
3. Kakehashi TY, Lourenço SA. Assistência de enfermagem pré e pós-inserção imediata do cateter venoso

central de inserção periférica em pacientes neonatais. Nursing (São Paulo) 2003;63(8).
4. Júnior JF, Carvalho MF, Nogueira PRC, Carvalho WB. Cuidados intensivos no período neonatal. São Paulo: Sarvier;1999.
5. Gomella TL. Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Pala AM, Silva EG, Martins IS, Campaner MTC, Portella M, Dionísio RC, et.al. Rotina para cateter venoso central de inserção periférica em neonatos. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2002.
7. Vendramim P, Pedreira MDAL, Peterlini MA. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. Rev Gaúch Enferm 2007;28(3):331-9.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2009

Março

08 a 12 de março
MEDTROP 2009 - XLV Congresso da Sociedade Brasileira de medicina Tropical
Centro de Convenções de Pernambuco
Recife, Pernambuco
Informações: www.medtrop2009.com.br

12 a 14 de março
XXXII Encontro Sul Mineiro de Cardiologia
Espaço Cultural da Urca e Palace Hotel
Sociedade Sul Mineira de Cardiologia
Informações: secretaria@phisaeventos.com.br

20 e 21 de março
XIII Simpósio Internacional de Atualização em Psiquiatria Geriátrica
São Paulo, SP
Informações: (11) 2046-0314/2280-2476
www.proter.incubadora.fapesp.br
E-mail: bl@blcongressoseventos.com.br

27 de março
9ª Jornada Internacional de Gestão em Saúde e Home Care - Pronep
São Paulo, SP
Informações: (11) 5087-3455
www.pronep.com.br

27 e 28 de março
Simpósio – Decisões e cuidados no final da vida
USP, Escola de Enfermagem
Informações: (011) 3061-7531
E-mail: scex@edu.usp.br

Abril

04 de abril
Acessos Vasculares para Quimioterapia e Transplante de Medula Óssea
Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital A.C. Camargo
São Paulo, SP
Informações: (11) 2189-5078/2189-5098
E-mail: centrodeestudos@hcancer.org.br

Junho

18 a 20 de junho
III Congresso Brasileiro de Nutrição Integrada (CBNI)
Ganepão 2009
São Paulo, SP
Informações:(11) 3284-6318 Ramal 116
E-mail: ganepao@ganep.com.br

Agosto

19 a 22 de agosto
XI Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma E II Encontro Nacional de Enfermagem do Trauma
Campinas, SP
Informações: http://www.traumasemfronteiras.com.br/index.php

Outubro

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213 535 543/217 156 736
E-mail: historiaenf@gmail.com